

Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja
Opinnäytetyö
Kevät 2008

Katja Koskimies
Hanna-Kaisa Mutikainen

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Terveystenhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Katja Koskimies ja Hanna-Kaisa Mutikainen			
Työn nimi			
Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina			
Työn laji		Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö		Kevät 2008	84+1
TIIVISTELMÄ			
<p>Työ kuvailee tutkimuskirjallisuuden valossa maahanmuuttaja-asiakkaiden kokemuksia terveydenhuollon palveluista ja terveydenhuollon työntekijöiden kokemuksia maahanmuuttajista asiakkaina.</p> <p>Työssä sovellettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää ja analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Tutkimusaineisto koostui kotimaisista opinnäytetöistä vuosilta 2000 - 2007 (N = 14). Työt olivat laadullisia haastatteluihin perustuvia tutkimuksia. Tutkittavien joukko koostui monista, yksittäisistä, erilaisista etnisistä ryhmistä sekä kättilöistä, sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista. Tutkimuskontekstit sijoittuivat äitiys- ja lastenneuvolaan, turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksen klinikkaan, kouluterveydenhuoltoon, sairaalaan, gynekologiseen näytteenottoon, synnytysosastoon sekä lääkäri- ja päivystysasemaan.</p> <p>Kaikkien tutkimusten pohjalta nousivat esille kieli- ja kommunikaatiovaikeudet terveydenhuollon palveluiden keskeisimpänä haasteena. Maahanmuuttajat olivat tyytymättömiä terveydenhuollossa esiintyvään jatkuvaan kiireeseen, ajanpuutteeseen ja toivoivat myös muutosta henkilökunnan asenteisiin. Selviksi diskriminaation merkeiksi he luettelivat ilman asiakkaan mielipidettä suoritettavat toimenpiteet, tiedon salaamisen, puutteellisen kommunikoinnin, kärsimättömyyden ja "nimittelyn". Maahanmuuttajat olivat tyytyväisiä neuvolapalveluihin sekä terveydenhuollon korkean teknologian tasoon. Hoitohenkilökunnan oman arvion mukaan heidän kulttuuriset taitonsa ja kokemukset maahanmuuttaja-asiakkaista olivat vaihtelevia; mitä enemmän heillä oli kokemusta maahanmuuttajista, sen helpompaa heidän kohtaamisensa oli. Suurin osa hoitohenkilökunnasta suhtautui maahanmuuttajiin myönteisesti ja oli kiinnostunut kehittämään omaa kulttuurista kompetenssiaan. Tutkimukset nostivat esille kulttuurisen koulutuksen tarpeellisuuden hoitotyöntekijöiden keskuudessa.</p> <p>Jatkotutkimusaiheeksi ehdotamme kansainvälisten ja kotimaisten tutkimusten laaja-alaisen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kokoamista maahanmuuttajaryhmistä ja hoitohenkilökunnasta, heidän asenteistaan ja kokemuksistaan sekä maahanmuuttajien tyytyväisyydestä terveydenhuollon palveluihin. Toiseksi jatkotutkimusaiheeksi ehdotamme laajempien tutkimusten tekemistä maahanmuuttajaryhmistä, jotta heistä saataisiin kattavaa tietoa hoitotyön osa-alueelta. Olisi hyvin merkityksellistä tarkastella eri maahanmuuttajayhteisöjä lähempää, ja kuunnella mitä sanottavaa heillä on, jotta pystyisimme kehittämään maahanmuuttajapalveluita terveydenhuollon saralla.</p>			
Avainsanat			
maahanmuuttajat, hoitohenkilökunta, terveys, terveydenhuollon palvelut			



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Katja Koskimies and Hanna-Kaisa Mutikainen			
Title			
Immigrants as Clients in Health Care			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2008	84+1 appendix	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this Bachelor's Thesis was to describe immigrants' experiences in the Finnish health care system and to describe nursing staff's experiences of immigrants as clients.</p> <p>The methods used were systematic literature review and inductive content analysis. The material reviewed consisted of the Finnish studies completed between 2000 and 2007 (N = 14). All the studies were qualitative researches. The random sample included many, separate ethnic groups and midwives, registered nurses and public health nurses. The research contexts were antenatal and postnatal clinics, a clinic of asylum seekers, school health care, hospitals, situations of gynecological sampling, a maternity unit, an accident and emergency department.</p> <p>The results showed that problems with language and communication were the essential challenges in health care services. The immigrants were dissatisfied with the continuous hurry, the lack of time and moreover with the attitudes of the nursing staff. In the immigrants' opinions, clear signs of discrimination were procedures that were done without the patient being aware of them, concealing of information, communication, impatience, calling someone names. The immigrants were satisfied with the antenatal and postnatal clinics and with the high quality of the Finnish technology. Most of the staff had a positive attitude towards the immigrants and were interested in improving their cultural competence. The studies highlighted the need for cultural training of the nursing staff.</p> <p>As a topic for further research, an extensive systematic literature review of both the Finnish and international studies on immigrant groups and nursing staff, their views and experiences as well as immigrants' satisfaction with the health care services could come in to a question. Another could be a more extensive study on immigrant groups with a bigger random sample, which would enable us to get more essential information for the health care services.</p>			
Keywords			
immigrants, nursing staff, health, health care services			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTYÖN TAUSTA JA TARKOITUS	3
2.1	Opinnäytetyön taustaa	3
2.2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	4
3	MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA	5
3.1	Maahanmuuttajuuden historiaa Suomessa	5
3.2	Monikulttuuristuva pääkaupunkiseutu	6
3.3	Maahanmuuttajat pääkaupunkiseudulla tilastoina	7
3.4	Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina	10
4	KULTTUURI JA HOITOTYÖ	12
4.1	Mitä kulttuuri on?	12
4.2	Leininger kulttuurisen hoitotyön muovaajana	13
4.3	Kulttuuritietoisuus hoitotyössä	14
5	KESKEISTEN KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ	15
5.1	Maahanmuuttaja	15
5.2	Terveydenhuollon ammattihenkilö	16
5.3	Terveys	17
5.4	Terveydenhuollon palvelut	18
6	KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ	19
6.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	19
6.2	Tutkimusten haku ja valinta	20
6.3	Aineiston kuvaus	24
6.4	Tutkimusten analysointi	25
6.4.1	Sisällönanalyysi	25
6.4.2	Induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet	25
7	MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYDENHOITOTYÖN KEHITTÄMISHAASTEET - TUTKIMUSTULOKSET	27
7.1	Maahanmuuttajien näkökulmasta tehtyjen tutkimusten kuvailua	27
7.1.1	Maahanmuuttajien kokemuksia kieli- ja kommunikaatio-ongelmista	30
7.1.2	Maahanmuuttajien kokemuksia tiedon ja ohjauksen saannista ja sen ymmärtämisestä	32
7.1.3	Maahanmuuttajien kokemuksia terveydenhuollossa esiintyneestä syrjinnästä, rasismista, stereotypioista ja hoidonsaannista	34
7.1.4	Maahanmuuttajien kokemuksia terveydenhuollon palveluista ja hoitohenkilökunnan asenteista	37
7.1.5	Tyytyväisyyttä tuottavat asiat terveydenhuollon palveluissa	43
7.1.6	Maahanmuuttajien toiveita terveydenhuollon palveluiden kehittämiseksi	46
7.2	Hoitohenkilökunnan näkökulmasta tehtyjen tutkimusten kuvailua	51
7.2.1	Hoitohenkilökunnan kokemuksia kieli- ja kommunikaatio-ongelmista	55
7.2.2	Hoitohenkilökunnan kokemuksia kulttuurienvälisistä eroista ja niiden vaikutuksesta hoitotyöhön	59

7.2.3 Hoitohenkilökunnan kokemuksia ongelmakohdista maahanmuuttajien parissa työskenneltäessä	63
7.2.4 Hoitajien tietoisuus ja valmiudet kulttuuriseen kohtaamiseen	65
7.2.5 Hoitohenkilökunnan asenteet	68
7.2.6 Hoitohenkilökunnan mielipiteitä kulttuurisesta hoitotyöstä	70
8 LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN POHDINTAA	72
9 YHTEENVETO JA POHDINTA	74
9.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua	74
9.2 Opinnäytetyön prosessi ja tulosten hyödynnettävyys	79
LÄHTEET	82
LIITE 1	

1 JOHDANTO

Maahanmuuttajat, pakolaiset, turvapaikanhakijat, tummaihoiset, siirtolaiset, ihmiset vieraista kulttuureista. Maahanmuuttaja-käsite on kuin sateenvarjo, jonka alle mahtuu monia eri taustoista tulevia ihmisiä, joilla on oma kulttuurinsa, perinteensä ja historiansa. Kaikki he ovat osa 2000-luvun Suomea, osa meitä. Maahanmuuttajat ja ihmiset vieraista kulttuureista ovat olleet kautta historian osa Pohjolaa. He ovat osaltaan rakentaneet Suomea siksi, mitä maamme on tänä päivänä. Kehitys on vienyt jatkuvasti kohti yhä monikulttuurisempaa yhteiskuntaa, mikä on luonut vaatimuksia monelle eri sektorille, yhtenä niistä suomalainen terveydenhuolto. Moninaisuus näkyy terveydenhuollossa yhä enemmän, kun asiakkaina ovat vieraista kulttuureista tulevat ihmiset, joiden käsitykset terveydestä, sairaudesta ja hoitamisesta voivat poiketa suuresti meidän ajattelutavastamme.

Maahanmuuttajien kasvavasta määrästä huolimatta Suomessa ei ole juurikaan tehty systemaattista tutkimusta maahanmuuttajien terveyskysymyksistä (Malin 2003: 321; Pohjanpää - Paananen - Nieminen 2003: 7). Kansainvälisten tutkimusten mukaan voidaan kuitenkin todeta länsimaiden ulkopuolelta tulleiden maahanmuuttajien olevan haavoittuvaisessa asemassa terveytensä suhteen. Tähän vaikuttavana voidaan mainita muun muassa se, että maahanmuuttajien terveyspalveluiden käyttö on usein suhteessa heidän tarpeisiinsa nähden valtaväestöön verrattuna vähäisempää. (Gissler - Malin - Matveinen - Sarvimäki - Kangasharju 2006: 9, 79.)

Vielä ei ole kuitenkaan pystytty osoittamaan, johtuuko maahanmuuttajien suomalaisperäisiä vähäisempi terveyspalveluiden käyttö paremmasta terveydentilasta vai siitä, että heidän palvelutarpeensa jäävät tyydyttämättä. Kansainvälisen kirjallisuuden pohjalta voidaan yhtäältä sanoa, että maahanmuuttajat ovat terveempiä ja niin sanottu terve maahanmuuttaja-ilmiö selittäisi terveyspalveluiden kantaväestöä vähäisemmän käytön. Ilmiötä voi selittää sillä, että maahanmuuttajat ovat useimmiten nuoria ja työkykyisiä ihmisiä, joilla ei ole merkittäviä terveysongelmia (Gissler ym. 2006: 86-87.)

Toisaalta kansainväliset tutkimukset osoittavat, että maahanmuuttajat tuntevat itsensä vähemmän terveeksi kuin valtaväestö. Tutkimusten perusteella tiedetään, että tietyt ongelmat ovat tyypillisiä juuri maahanmuuttajaväestön keskuudessa. Näitä ovat muun

muassa mielenterveysongelmat, infektioaudit, kuten hiv ja tuberkuloosi, sekä muu terveyttä altistava riskikäyttö, kuten suojaamaton seksi ja alkoholinkäyttö. Maahanmuuttajien keskuudessa esiintyvät naisten ja miesten välisten sosiaalierojen on todettu vaikuttavan erityisesti naisten terveysongelmia lisäävästi. Maahanmuuttajanaisten terveysongelmat liittyvät usein seksuaalisuuteen, synnytykseen ja perheväkivaltaan. (European cooperation in the field of scientific and technical research 2006: 11-12.)

Maahanmuuttajien terveyteen on todettu myös vaikuttavan raskaiden, vaarallisten ja epämiellyttävien työolojen, joissa useimmat maahanmuuttajat joutuvat työskentelemään. Niin sanottu uupunut maahanmuuttaja-ilmio todistaa, että esimerkiksi teollisuusonnettomuudet ovat yleisempiä maahanmuuttajilla kuin valtaväestöllä. (European cooperation in the field of scientific and technical research 2006: 11-12.) Rantalaiho (1997) ja Forsander ja Ekholm (2001) ovat tuoneet esille, että maahanmuuttajat sijoittuvat useimmiten työasemiltaan alempiin ja määräaikaaisempiin asemiin verrattuna valtaväestöön. Forsanderin ja Alitolppa-Niitamon (2000) tutkimuksessa ilmenee, että Suomessa maahanmuuttajia työllistävät eniten pienipalkkaiset sekä usein määräaikaistöitä tarjoavat alat, kuten teollisuus-, ravintola-, ja hoitoalat. (Gissler ym. 2006: 10 mukaan.)

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen olemme sisällyttäneet kotimaisia tutkimuksia, jotka kuvaavat maahanmuuttajien kokemuksia ja mielipiteitä terveydenhuollon palveluista ja heidän saamastaan hoidosta, sekä tutkimuksia, jotka kuvaavat terveydenhuollon henkilöstön kokemuksia maahanmuuttajista asiakkaina. Kolmanneksi olemme nostaneet esiin tutkimusten pohjalta nousseet kehittämishaasteet: mitä kehitettävää terveydenhuollon saralla on maahanmuuttajien näkökulmasta ja kuinka näitä palveluita voisi kehittää sekä toisaalta miten terveydenhuollon henkilöstön ammatillista osaamista monikulttuurisuuden näkökulmasta voisi parantaa.

Mielestämme on tärkeää tutkia maahanmuuttajien omakohtaisia kokemuksia suomalaisista terveydenhuollon palveluista. Tiedon kautta voimme saada validia tietoa maahanmuuttajien kokemuksista ja kehittää näin palveluita heidän mielipiteidensä pohjalta. Toivomme ja uskomme, että oma opinnäytetyömme on käyttökelpoinen suuntaviivojen antaja maahanmuuttajien palveluiden ja hoitotyön koulutuksen kehittämisessä.

2 OPINNÄYTYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

2.1 Opinnäytetyön taustaa

Teemme opinnäytetyön *Lokaali ja globaali kehitys sosiaali- ja terveysalalla* eli *LOG-Sote-hankkeen* puitteissa. Opinnäytetyö tehdään osaamisyhteisössä valmisteluvaiheessa olevaan hankkeeseen Stadian hoitotyön koulutusohjelmaan. Työ palvelee hankkeen valmistelua. Toimeksiantaja on oma hoitotyön osaamisyhteisömme. (Lokaali ja globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla 2007.)

Hoitotyön koulutusohjelma haluaa aiheesta opinnäytetyön, koska sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaskunta ja sen terveydentila sekä hyvinvointi ovat moninaistuneet. Asiakaskunnan kasvu ja monikulttuurisuus ovat osasyynä siihen, että terveys- ja sosiaalipalveluiden muutostarpeita halutaan selvittää. Yleinen tavoite on, että sosiaali- ja terveysalan lokaalia eli paikallista ja globaalia eli maailmanlaajuisia kehitystä metropolialueella tutkitaan ja edistetään. Aluekehityksen näkökulmasta arvioidaan metropolialueen globaalin kehityksen haasteita terveyspalveluissa. (Lokaali ja globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla 2007.)

LOG-Sote-hanke pohjautuu *HOME-projektiin* (Health and social care for migrants and ethnic minorities in Europe), joka on Euroopan välisen yhteistyötoiminnan COST:in (European cooperation in the field of scientific and technical research) yksi projekti. *HOME-projektin* päätehtävänä on kehittää maahanmuuttajiin liittyvää tutkimusta sekä edistää käytännön työtä maahanmuuttajien parissa terveyden osa-alueella. Projekti on tarpeellinen, sillä Euroopassa on paljon maahanmuuttajia, ja on todettu, että heidän terveyttään pitää vahvistaa. Aiheen parissa työskentelevä kansainvälinen ryhmä auttaa löytämään maahanmuuttajien terveyteen ja terveydenhuoltoon liittyvät niin sanotut sokeat pisteet sekä toistuvasti ilmenevät ongelmat. (European cooperation in the field of scientific and technical research 2006: 2-4.)

Hanke synnyttää maahanmuuttajien terveyttä käsitteleviä kansainvälisiä verkostoja, joissa toimijoina ovat maahanmuuttajien lisäksi muun muassa tutkijat, palvelutuotannosta vastaavat sekä maahanmuuttajien organisaatioiden ja päättäjien edustajat. Hanke luo työperustaisen maahanmuuton edellytyksiä arvioimalla ja

kehittämällä sosiaali- ja terveysalan kulttuurienvälistä palvelua ja osaamista lokaalisti ja globaalisti. (Lokaali ja globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla 2007.)

Opinnäytetyön avulla toimeksiantaja saa ajankohtaista informaatiota maahanmuuttajista terveydenhuollon palvelujen käyttäjinä: millaista palvelua he saavat ja miten he sen kokevat, ovatko he tyytyväisiä, mitä he kaipaavat? Työ valottaa myös terveydenhuollon henkilökunnan näkökulmaa asiaan: minkälaista on maahanmuuttajan kohtaaminen asiakkaana, kaipaivatko he lisää tietoa tai opetusta vieraiden kulttuurien kohtaamisesta tai maahanmuuttajista? Minkälaisia kehitysehdotuksia tutkimusten pohjalta ilmenee?

Toimeksiantaja saa kirjallisuuskatsauksen kautta ajankohtaista tietoa ja voi sen pohjalta muun muassa kehittää hoitotyön koulutusta monikulttuurisen työn osa-alueella. Työ antaa myös suuntaviivoja maahanmuuttajien preventiivisten palvelujen kehittämiseen. Toisaalta työ on hyödyllinen jokaiselle vieraista kulttuureista ja maahanmuuttajien parissa työskentelystä kiinnostuneelle hoitotyön opiskelijalle ja ammattilaiselle.

Omaan kiinnostukseemme aihetta kohtaan on vaikuttanut mielenkiintomme kansainväliseen ja monikulttuuriseen hoitotyöhön. Innostustamme on kasvattanut kolmen kuukauden mittainen kansainvälinen vaihto Afrikassa, Ugandassa syksyllä 2006. Vaihto oli kaikin puolin monipuolinen, rikastuttava ja maailmankuvaa laajentava kokemus, joka lisäsi tietämystämme muun muassa eri kulttuurien eroista ja niiden merkityksestä terveydenhuollossa. Kansainvälisen vaihdon vuoksi olemme kiinnostuneet tulevaisuudessa työskentelemään ulkomaalaisten parissa niin Suomessa kuin mahdollisesti myös ulkomailla. Mielestämme valitsemamme opinnäytetyön aihe on erittäin ajankohtainen ja haastava ja uskomme saavamme siitä paljon irti.

2.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Valitsemamme kirjallisuuskatsauksen kautta meidän on tarkoitus tuottaa nykytilannetietoa, `the state of art`, kokoamalla yhteen ajankohtaista tietoa jo tehdyistä tutkimuksista, jotka koskettavat maahanmuuttajia terveydenhuollon asiakkaina. Työn tarkoitus on kuvailla tutkimuskirjallisuuden valossa maahanmuuttaja-asiakkaan ja terveydenhuollon työntekijän kokemuksia. Tarkoituksenamme on selvittää, millaista

palvelua maahanmuuttajat saavat ja minkäläistä palvelu on heidän näkökulmastaan, ja toisaalta selvittää terveydenhuollon henkilöstön mielipiteitä ja kokemuksia maahanmuuttaja-asiakkaista: kuinka heidän hoitamisensa ja kohtaamisensa sujuvat, ja missä olisi parantamisen varaa?

Opinnäytetyön tavoitteet:

1. Koota ja jäsentää kotimaisten tutkimusten valossa maahanmuuttajien kokemuksia terveydenhuollon palveluista.
2. Koota ja jäsentää kotimaisten tutkimusten valossa terveydenhuollon henkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajista heidän asiakkaina.

3 MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA

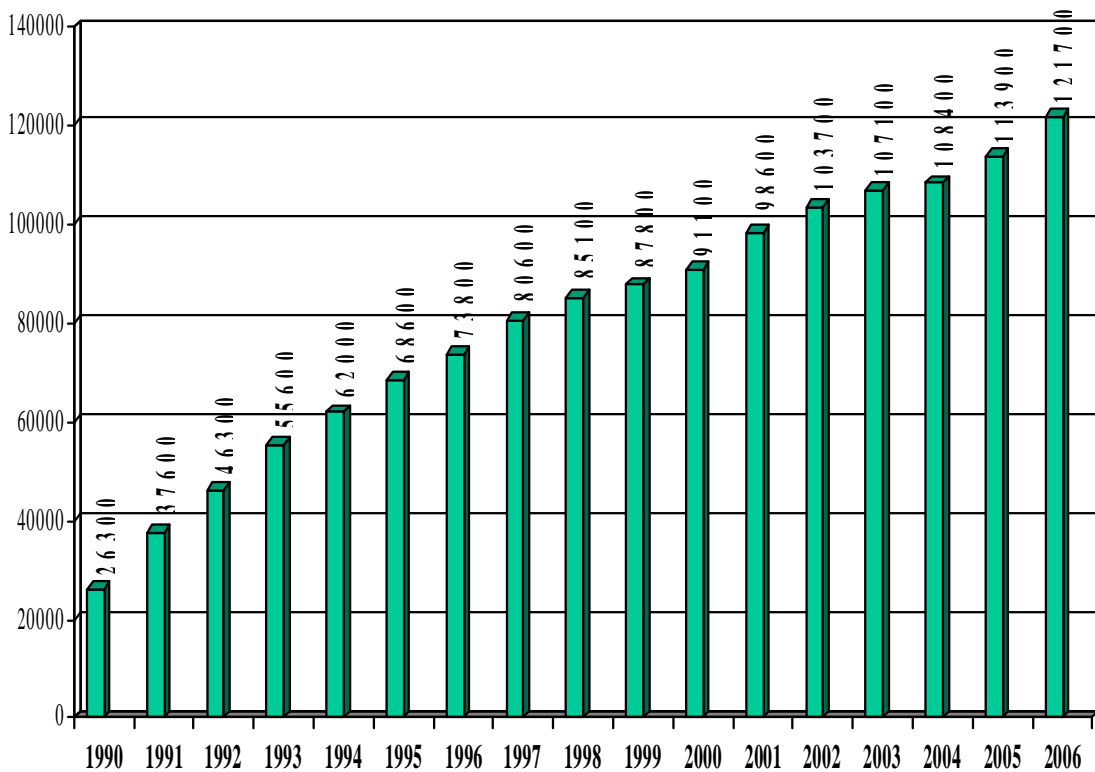
3.1 Maahanmuuttajuuden historiaa Suomessa

Maahanmuuttajia on ollut Suomessa kautta sen historian. Tarinalla metsän keskellä elävästä kansasta on siis myös toinen puoli. Muuttoliikenteen voidaan sanoa olleen vilkasta maassamme jo Ruotsin vallan (1640 - 1809) että autonomian (1809 - 1917) aikana. Kansainvälisyys katukuvassamme on näkynyt siis jo sata vuotta sitten. Tuolloin Suomeen muutti paljon ihmisiä muun muassa Ruotsin, Venäjän ja Saksan alueelta, mutta myös Englannista, Skotlannista, Tanskasta ja Norjasta. (Räty 2002: 29-30.)

Maahanmuuttajien osuutta maamme kehitymisessä siksi, mitä se tänä päivänä on, tulee ehkä harvoin ajatelleeksi. Mikä osuus maahanmuuttajilla on esimerkiksi ollut Suomen teollisuuden, arkkitehtuurin tai muun kulttuurin kehittymiseen? Kuitenkin esimerkiksi juuri Suomen liike- elämää merkittävästi vaikuttaneita nimiä kuten muun muassa Paulig, Stockmann, Hackman, Fazer, Sinebrychoff ovat kaikki ulkomailta Suomeen muuttaneita liikemiehiä siis maahanmuuttajia, joilla on ollut suuri vaikutus suomalaisiin ja on sitä edelleen. Voidaan jopa sanoa, että maahanmuuttajat ovat olleet osana Suomen historiaan niin kauan, että ilman heitä Suomi ei olisi kehittynyt sen kaltaiseksi kuin mitä se tänä päivänä on. (Räty 2002: 29-30.)

Myös pakolaiset ovat osa maahanmuuttajaryhmää. Suurin pakolaisaalto Suomeen koettiin jo Venäjän vallankumouksen jälkeen vuonna 1922. Sen jälkeen suomalaiset ovat huolehtineet muun muassa siirtolaisista talvisodan ja jatkosodan jälkeen. Ensimmäinen kaukaisimmista maista tullut pakolaisryhmä saapui Suomeen Chilestä ja Vietnamista 1970-luvulla. Suomessa on kautta aikojen ollut siis lukuisia kertoja pakolaisia ja turvapaikanhakijoita erilaisten kriisien ja sotien myötä aina tähän päivään saakka. (Räty 2002: 32-35.)

Maahanmuutto on kuitenkin jatkuvasti kiihtynyt ja erityisesti maahanmuuttajien määrä metropolialueella on kasvanut parin viime vuosikymmenen aikana huimasti. Ulkomaalaisväestön määrän kasvu Suomessa havainnollistuu kuviossa 1. Suomeen tullaan myös eri syistä. Työperäinen maahanmuutto on lisääntynyt. Esimerkiksi tulo asiantuntijatehtäviin ja työtehtäviin, joihin ei löydy suomalaisia työtä taitavia ovat, olleet osasyynä työperäiseen maahanmuuttoon viime vuosina. Myös avioliitto, paluumuutto ja pakolaisuus ovat syynä Suomeen muutolle. Kehitys on vienyt jatkuvasti kohti yhä monikulttuurisempaa yhteiskuntaa. (Räty 2002: 30-35.)



KUVIO 1. Ulkomaalaisväestön määrä Suomessa 1990 - 2006 (Ulkomaalaisvirasto 2006).

Maahanmuuttajien merkitys metropolialueella on suuri. Vaikkakin Helsinki häviää kuntien välisessä muuttoliikkeessä, se on suuri voittaja maahanmuutossa. Maahanmuuton suhteellinen merkitys Helsingissä on kasvanut jatkuvasti 2000-luvulla. Tulevaisuudessa sillä nähdään olevan yhä suurempi merkitys. (Pölkki 2007: A 4.) Tämä on tärkeää jo muun muassa talouskasvun kannalta, sillä vaatimatonkin talouden kasvu edellyttää, että työikäisen väestön määrä Helsingin seudulla kasvaa tulevaisuudessa. Työmarkkinoiden näkökulmasta arvokasta ja tärkeää on luoda nykyistä paremmat edellytykset sille, että Helsingin seutu voi vastaanottaa maahanmuuttajia. Tulevaisuudessa uskotaan, että yhä useampi Helsinkiin muuttava on ulkomaalaistaustainen. (Huovinen 2007: A 2.)

Maamme parempi paneutuminen maahanmuuttajuuteen ja maahanmuuttajien asioiden hoitamiseen näkyy aiheen ajankohtaisuuden ja polttavan kehittymisen tarpeen myötä siinä, että maahanmuuttoasioille on nimitetty oma ministeri keväällä 2007. Nyt maahanmuuttoasiat keskittyvät sisäministeriön omalle ministerille, kun aiemmin asioista ovat huolehtineet niin sisä- kuin työministeriö. Sisäministeriö tekee kuitenkin yhteistyötä eri ministeriöiden kanssa muun muassa työperäisen maahanmuuttoa koordinoivan sisäministeriön kotoutusyksikön piirissä. (Pohjanpalo 2007: A5.)

Monikulttuurisuus on myös yksi vuonna 2004 hyväksytyn pääkaupunkiseudun yhteisen vision ja strategian taustalla oleva painotus. Koko metropolialueen haasteiksi on yleisesti tunnustettu muun muassa monikulttuurisuus, työperäisen maahanmuuton edistäminen ja maahanmuuttajien kotouttaminen. Nämä haasteet nähdään merkityksellisinä myös tulevaisuudessa. Pääkaupunkiseudun kaupungit, Helsinki, Vantaa, Espoo, Kauniainen, järjestivät maaliskuussa 2007 yleisölle avoimen maahanmuuttaja-asioita käsittelevän seminaarin. Yksi tärkeä näkökulma seminaarissa oli valtioneuvoston lokakuussa 2006 maahanmuuttopoliittinen ohjelma, jonka tarkoituksena on edistää työperäistä maahanmuuttoa etenkin EU:n ja ETA-alueen ulkopuolisista maista. (Helsingin seutu 2007.)

3.3 Maahanmuuttajat pääkaupunkiseudulla tilastoina

Maahanmuuttajia koko Suomen alueella on noin 2,3 % väestöstämme. Ulkomaan kansalaisia on yhteensä noin 121 739, joista 33 196 eli 5,9 % asuu Helsingissä. Kuten taulukossa 1 näkyy Helsinki, Espoo ja Vantaa sijoittuvat kuntatilastojen

kärkikolmikkoon verrattaessa ulkomaalaisten määriä eri kuntien välillä. Suomessa maahanmuuttajien määrä on suurin pääkaupunkiseudulla. (Työministeriö 2007.)

TAULUKKO 1. Suomen asukasluku ja ulkomaalaisten määrä 31.12.2006 (Työministeriö 2007).

Kunta	Asukasluku Yhteensä	siitä ulkomaiden kansalaisia				
		Miehiä	Naisia	Yhteensä	%-osuus asukas- luvusta	%-osuus ulkomaa- laisista
YHTEENSÄ	5 276 955	62 207	59 532	121 739	2,3 %	100,0 %
<i>15 kuntaa, joissa eniten ulkomaalaisia:</i>						
Helsinki	564 521	17 660	15 536	33 196	5,9 %	27,3 %
Espoo	235 019	6 252	5 357	11 609	4,9 %	9,5 %
Vantaa	189 711	4 379	4 308	8 687	4,6 %	7,1 %
Turku	175 354	4 002	3 558	7 560	4,3 %	6,2 %
Tampere	206 368	3 324	2 883	6 207	3,0 %	5,1 %
Lahti	98 766	1 287	1 448	2 735	2,8 %	2,2 %
Oulu	130 178	1 275	1 142	2 417	1,9 %	2,0 %
Vaasa	57 622	1 193	1 035	2 228	3,9 %	1,8 %
Jyväskylä	84 739	1 080	1 071	2 151	2,5 %	1,8 %
Lappeenranta	59 118	758	930	1 688	2,9 %	1,4 %
Kotka	54 607	755	827	1 582	2,9 %	1,3 %
Salo	25 500	628	639	1 267	5,0 %	1,0 %
Porvoo	47 404	596	605	1 201	2,5 %	1,0 %
Kuopio	90 960	602	566	1 168	1,3 %	1,0 %
Joensuu	57 797	533	582	1 115	1,9 %	0,9 %

Kuten taulukossa 2 näkyy, pääkaupunkiseudulla suurimpia maahanmuuttajaryhmiä äidinkielen mukaan ovat venäjää puhuvat. Kaikista ulkomaan kansalaisista viidennes on venäjänkielisiä. Lähes puolet vähemmän ulkomaalaisista on vironkielisiä. Äidinkielenään somaliaa puhuvia on kolmanneksi eniten. Suomea äidinkielenään puhuu ulkomaan kansalaisten keskuudesta noin 1800. Suomenkielisten määrää ulkomaan kansalaisten parissa on nostanut etenkin runsas paluumuutto entisen Neuvostoliiton, Venäjän ja Viron alueelta. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2007.)

TAULUKKO 2. Ulkomaan kansalaiset ja koko väestö äidinkielen mukaan Helsingissä vuodenvaihteessa 2005/2006 (Helsingin kaupungin tietokeskus 2007).

Äidinkieli	Henkilöä	%	Äidinkieli	Henkilöä	%
Ulkomaan kansalaiset	30 770	100	Koko väestö	560 905	100
Suomi	1 806	5,9	Suomi	483 506	86,2
Ruotsi	869	2,8	Ruotsi	34 774	6,2
Venäjä	6 450	21,0	Venäjä	10 424	1,9
Viro	3 699	12,0	Somali	4 805	0,9
Somali	2 556	8,3	Viro	4 534	0,8
Englanti	2 317	7,5	Englanti	3 054	0,5
Arabia	922	3,0	Arabia	1 970	0,4
Kiina	873	2,8	Kiina	1 436	0,3
Kurdi	740	2,4	Kurdi	1 179	0,2
Espanja	737	2,4	Espanja	1 092	0,2
Saksa	702	2,3	Turkki	983	0,2
Ranska	613	2,0	Saksa	973	0,2
Thai	536	1,7	Ranska	887	0,2
Turkki	505	1,6	Vietnam	812	0,1
Muu	7 445	24,2	Muu	10 476	1,9

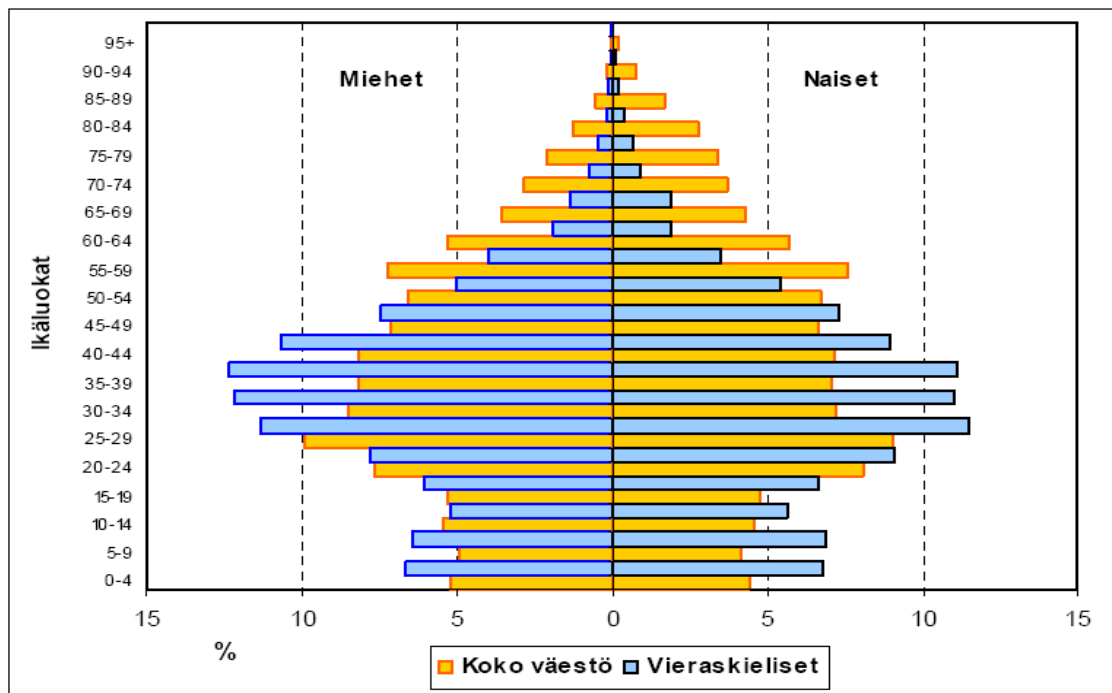
Lähde: Tilastokeskus

Ulkomaalaisten väestönrakennetta tarkasteltaessa metropolialueella voidaan todeta, että koko kaupungin väestöstä naisia on enemmän. Tähän syynä voidaan mainita muun muassa naisten pidempi elinikä. Ulkomaalaisista miehiä on enemmän. Tämä selittyy heidän pienistä vanhemmista ikäluokista. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2007.)

Koko kaupungin väestöön verrattuna Helsingin vieraskielisen väestön rakenne on nuorekkaampi. Nuoret työkäiset ja lapset muodostavat vieraskielisen väestön suurimmat ikäluokat. Alle 15-vuotiaita vieraskielisiä on 18,8 prosenttia, kun koko väestön vastaava osuus on 14,3 prosenttia. Vieraskielisistä yli 65-vuotiaita on ainoastaan 3,5 prosenttia, kun vastaavasti koko kaupungin asukkaista heitä on 13,9 prosenttia. Työikäisiä (15 - 64-vuotiaita) vieraskielisiä on 77,7 prosenttia, mikä on enemmän kuin koko väestöstä (71,9 %). Nuorten työkäisten osuus on vieraskielisistä

huomattavasti suurempi kuin mitä se on koko väestöllä. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2007.)

Voidaan todeta, että vieraskielisen väestön painotus on kolmenkymmenen ja neljäkymmenen ikävuoden välillä. Tämä selittyy nuorten aikuisten alttiudella muuttaa ja toisaalta sillä, että Helsingin ulkomaalaisväestö ei ole ehtinyt vielä vanhentua. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2007.) Tämä havainnollistuu kuviossa 2.



Lähde: Tilastokeskus

KUVIO 2. Koko väestön ja vieraskielisten ikärakenne vuodenvaihteessa 2005/2006 (Helsingin kaupungin tietokeskus 2007).

3.4 Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina

Maahanmuuttajat ovat terveydenhuollon arkipäivää 2000-luvun Suomessa. Heidän hoitoon hakeutumiseensa ja terveydenhuollon palvelujen käyttöönsä voivat vaikuttaa monet meille ehkä vieraalta tuntuvat tekijät. Andersen (1995), Morris, Sutton ja Gravelle (2005) sekä Riddick (1999) ovat tuoneet esille, että näitä tekijöitä voivat olla perheen varattomuus, köyhyys, työttömyys, luku- ja kielitaidottomuus sekä länsimaisista terveys- ja sairauskäsityksistä poikkeavat kulttuuriset terveystavat ja uskomukset. Ivey (1999), Kramer, Tracy ja Ivey (1999) sekä Taylor, Ko ja Pan (1999)

osoittavat, että maahanmuuttajilla voi esiintyä kaikkia näitä riskitekijöitä, jotka uhkaavat terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden toteutumista ja voivat vaarantaa heidän terveytensä, hyvinvointinsa sekä toimintakykynsä. (Gissler ym. 2006: 13-14 mukaan.)

Maahanmuuttajien asemaa ja oikeuksia on takaamassa ja turvaamassa Suomen lainsäädäntö. Oikeuksia määrittävät kansanterveyslaki, mielenterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki, tartuntatautilaki, laki Suomen hallitusmuodon muuttamisesta, terveydenhoitolaki sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Kyseiset lait ovat pääpiirteittäin seuraavanlaisia:

Kansanterveyslaki (28.1.1972/66) määrittää kuntien tehtäväksi järjestää asukkailleen terveyspalvelut sekä ensiapupalvelut kunnan alueella oleskeleville ihmisille.

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) velvoittaa kuntia järjestämään mielenterveyspalveluita alueellaan. Kunnan on huolehdittava, että mielenterveyspalvelut vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan alueen tarpeita.

Erikoissairaanhoitolaki (1.12.1989/1062) velvoittaa kunnat järjestämään laissa määritellyt erikoissairaanhoidonpalvelut kunnan omille asukkaille kuin myös kotipaikkaa vailla oleville hoidon kiireellisissä tapauksissa. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa jaetaan sairaanhoitopiireihin Näin ollen erikoissairaanhoitoa tarvitsevat ohjataan niihin sairaaloihin, joiden jäsen kunta on. Kiireellistä hoitoa on annettava aina sitä tarvitsevalle kansalaisuudesta, sopimuksesta tai kotikunnasta riippumatta.

Tartuntatautilaki (25.7.1986/583) velvoittaa kuntaa järjestämään alueellaan tartuntatautien vastustamistyötä. Laki sisältää kaikkia Suomessa asuvia ihmisiä koskevia säädöksiä sairauksien ehkäisystä ja niiden hoitamisesta.

Laki Suomen hallitusmuodon muuttamisesta (17.7.1995/969) takaa jokaiselle, siis myös Suomessa asuvalle ulkomaan kansalaiselle oikeuden perustoimeentuloturvaan, riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä maksuttomaan perusopetukseen.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) velvoittaa terveydenhuollon henkilökuntaa asiakastyössä huomioimaan potilaan/asiakkaan äidinkielen sekä hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurin. Lain mukaan kaikilla on oikeus hyvään hoitoon. Tähän liittyy myös tiedon antaminen ymmärrettävästi asiakkaan terveydentilasta. Kuka tahansa hoitoonsa tyytymätön on oikeutettu tekemään muistutuksen hoitolaitokselle.

4 KULTTUURI JA HOITOTYÖ

4.1 Mitä kulttuuri on?

Kulttuuri, *cultûr'a*, tarkoittaa sivistystä ja viljelyä. Alun perin sana on tarkoittanut maanviljelyä. Kulttuuri-käsitteen alle mahtuu myös ihmisen toiminta ja sen tuotteet tekniikassa, tieteessä, taiteessa tai uskonnossa. Se käsittää myös jonkin kansan tai kansojen ryhmän suoritusten kokonaisuuden. (Uusi sivistyssanakirja 1997: 365.)

Kulttuurista puhuttaessa sillä voidaan tarkoittaa jaettua opittua käyttäytymistä, joka välittyy sukupolvelta toiselle ja jonka tarkoituksena on yksilöllinen ja yhteiskunnallinen kasvu ja mukautuminen. Kulttuuri on monimuotoinen kokonaisuus, joka sisältää uskon, tiedon, taiteen, moraalin, lait, tavat sekä kaikki muut ihmisen yhteiskunnan jäsenenä omaksumat taidot ja tottumukset eli sosiaalisesti välitetyt käyttäytymismuodot. Ihminen enkulturoituu eli kasvaa kulttuuriin ja on riippuvainen siitä. Yksilönä ja lajina hän luo ja täydentää sitä. (Lindfors 2006: 12-13.)

Kulttuurin voidaan sanoa olevan opittua. Tavat ja ajatusmallit eivät periydy geeneissämme vaan omaksumme ne huomaamattamme kasvaessamme yhteisön jäseniksi. Kulttuuri ei kuitenkaan pysty ohjaamaan kaavamaisesti yksilön ajattelua. On aina mahdollisuus poiketa opituista tavoista, samoin kulttuurin nähdään muovautuvan ajan ja olosuhteiden myötä. Jokaisessa kulttuurissa on aina yksilöitä, jotka käyttäytyvät normin vastaisesti. (Soivio 1995: 17.)

Kulttuuri muodostuu arvoista, jotka yhteisön jäsenet ovat tiedostamattaan omaksuneet, ja jotka myös näkyvät jokapäiväisessä käytöksessämme sekä yhteisössä laajoille levinneistä ajattelutavoista. Yhteiskunnan sisällä on erilaisia etnisiä ryhmiä, alakulttuureja ja ikäryhmäkulttuureja. (Soivio 1995: 17.)

4.2 Leininger kulttuurisen hoitotyön muovaajana

Kulttuurin mukaisen hoitotyön perustajana pidetään Madeleine Leiningeriä. 1950 - 1960-luvuilla syntyneen teorian *The Theory of Culture care and Diversity and Universality* perusta on hoidon monimuotoisuudessa (diversity), joka pitää sisällään myös ajatuksen erilaisuudesta ja eriävyydestä sekä universaalisuudessa (universality). (Kivinen 2005: 9-10.)

Monimuotoisuus ja universaalisuus viittaavat niihin hoitoon liittyviin merkityksiin, malleihin ja symboleihin, joilla edistetään terveyttä ja hyvinvointia, parannetaan jotain tilaa tai elämäntapaa tai kohdataan kuolema tietyssä kulttuurissa. Leiningerin teorian keskeisenä päämääränä on hoitajan tietoisuus kulttuureista ja niiden ymmärtäminen oppimisen kautta. Tavoitteena on tehdä kulttuurista se perusta, jonka avulla voidaan muodostaa käsitteitä sekä suunnitella ja toteuttaa hoitotyötä. (Leininger 2006: 10.)

Vuosien myötä Leininger on kehittänyt ja täydentänyt ja lisännyt käsitteet *Transcultural nursing as a global care humanizer, diversifier and unifier* kulttuurinmukaisen teorian päätöksenteon ja toiminnan malleihin (Leininger 1997: 220).

Hoitaja toimii maailmanlaajuisen hoidon moninaistajana, jonka haasteena on etsiä kulttuurisia eroavaisuuksia kulttuurien sisällä ja niiden välillä. Hoitajan pyrkimyksenä on muuttua pinnallisesta tiedostajasta kulttuurin syvälliseksi tuntijaksi, jonka tietää miksi kulttuurit ovat erilaisia. Kulttuurisen hoitajan toisena haasteena on etsiä eroavaisuutta, joka saattaa vaikuttaa ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Kulttuurin mukaista hoitoa toteuttavalta hoitajalta vaaditaan luovaa ajattelua ja toimintaa. Hoidon universaalina yhdistäjänä hoitaja toimii hienotunteisesti sillanrakentajana kulttuuristen eroavaisuuksien välillä. Teorian mukaan hoitajan tulee toimia kulttuuritietoisesti niin että molemmat puolet intressit ja tavoitteet toteutuvat eettisillä ja moraalisisilla tavoilla. Helpottaakseen yhteisen sitoutumisen tekemistä, vuorovaikutuksen syntymistä,

ja terveiden elämäntapojen toteutumista, hoitaja etsii yhtäläisyyksiä ja samankaltaisuuksia eri kulttuureiden väliltä. (Leininger 1997: 222-224.)

Leiningerin (1991) kulttuurinmukaisen hoidon teorian mukaan eri kulttuureista tulevat ihmiset pystyvät enimmäkseen itse määrittelemään minkälaista hoitoa he tarvitsevat alan ammattilaisilta. Hänen mukaansa hoitajien kulttuurisokeus, kulttuurisokki, kulttuuri-imperialismi ja etnosentrismi voivat heikentää potilaan saamaa hoitoa. (Kivinen 2005: 9 mukaan.)

4.3 Kulttuuritietoisuus hoitotyössä

Kulttuuritietoisuus lähtee ihmisen omasta tietoisuudesta, mitkä ovat hänen kulttuuriset asenteet, traditiot, ihanteet ja normit sekä näihin liittyvät käsitykset, jotka koskettavat perhettä ja yksilöä sekä muita sosiaalisia organisaatioita. Kulttuuritietoinen työntekijä on tietoinen siitä, miten kulttuuriset tekijät ohjaavat hänen ajatteluaan, käyttäytymistään ja käsityksiään oikeasta ja väärästä. Auttajan täytyy olla myös tietoinen siitä, että kaikkien ajattelu, käyttäytyminen, ja käsitykset eivät perustu samanlaiselle maailmankuvalle eikä samanlaisille kulttuurisille asenteille tai normeille. (Alitolppa-Niitamo 1993: 168.)

Kulttuuritietouteen liittyy monta tekijää. Näitä ovat muun muassa kulttuurien tavat, arvot, avioliitto, perhekäsitykset, seksuaalisuuteen liittyvät tavat, naisen ja miehen roolit, lasten kasvatus, vanhuksen asema sekä arkielämä. Arkielämässä kulttuuri näkyy päivittäisissä toimissa, joita ovat esimerkiksi päivärytmi, peseytyminen ja pukeutuminen sekä ruuan valmistus. Tietämättömyys näistä asioista voi aiheuttaa ristiriitoja asiakkaiden hoidossa. (Taavela 1999: 165.)

Työskenneltäessä toisesta kulttuurista muuttaneen asiakkaan kanssa, auttajan täytyy ymmärtää omat etnosentriset käsityksensä sekä myös toisiin kulttuureihin kohdistuvat ennakkoluulonsa ja stereotypiansa. Kohdatessaan vieraasta kulttuurista tuleva henkilö, täytyy muistaa ottaa huomioon asiakkaan yksilöllisyys. (Alitolppa-Niitamo 1993: 168.) Vieraasta kulttuurista tulevan yksilön taustatekijät vaikuttavat aina kohtaamistilanteessa. Erilaiset tavat ja uskonto sekä vieras kieli eivät kuitenkaan muuta

asiakassuhteen periaatteita. Asiakkaan kulttuuritausta ja uskonto antavat vain perustaustan, jonka puitteissa asiakas kohdataan. (Rahkama 1998: 113.)

Myös kaikki terveydenhuoltojärjestelmämme ovat vahvasti kulttuurisidonnaisia. Biolääketieteelle perustunut järjestelmämme ei ole niin yleinen kuin mitä helposti kuvittelemme, ja jo länsimaiden sisälläkin on suuria variaatioita. Homeopatia on paljon käytetty menetelmä muun muassa Sveitsissä ja Ranskassa ja kiinalainen lääketiede on taas aivan oma erityinen ikivanha järjestelmänsä. Sairausten selitysmallit ja käsitykset sopivista hoidoista vaihtelevat eri kulttuureissa. Pahat henget sairauksien aiheuttajina voivat olla yhtä todellisia sairauksien aiheuttajia siinä missä virukset ja bakteeritkin. (Vainikainen 2002: 4114.)

5 KESKEISTEN KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ

Työn keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat maahanmuuttaja, terveydenhuollon ammattihenkilö, terveydenhuollon palvelut, systemaattinen kirjallisuuskatsaus, terveys.

5.1 Maahanmuuttaja

Maahanmuuttaja määritellään henkilöksi, joka on muuttanut johonkin tiettyyn maahan (Nurmi 1999: 516). Maahanmuuttajat ovat maassa pysyvästi asuvia ulkomaalaisia. Maahanmuuttoa tapahtuu töiden, avioliiton tai pakolaisuuden vuoksi sekä paluumuuttoa. Pakolaisiksi luokitellaan kiintiöpakolaiset ja turvapaikanhakijana Suomeen tulleet. Paluumuuttajia ovat henkilöt, jotka ovat aiemmin olleet suomalaisia tai joilla on suomalaiset sukujuuret. (Räty 2002: 11.)

Pakolainen on YK:n pakolaisen oikeusasemaa koskevan yleissopimuksen mukaan henkilö, joka on kotimaansa ulkopuolella ja jolla on perusteltua aihetta pelätä joutuvansa kotimaassaan vainotuksi rodun, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskunnalliseen ryhmään kuulumisen tai poliittisen mielipiteen johdosta (Liebkind 1994: 9-10).

Suomessa maahanmuuttajalla tarkoitetaan ihmistä, jonka aikomuksena on muuttohetkellä sijoittua tänne pysyvästi asumaan. Maahanmuuttajien pääsyä ja tuloa Suomeen sekä Suomessa oloa, kuten viisumin, työ- ja oleskeluluvan saantia sekä sen ehtoja ja myöntämiskäytäntöjä, määrittelee Suomen ulkomaalaislaki (378/1991). Ulkomaalainen voi tämän lain mukaan olla toisen maan kansalainen tai kansalaisuutta vailla oleva lyhyt- tai pitkäaikaistarkoituksessa maahan saapunut ihminen. (Taavela 1999: 21-22.)

Maahanmuuttajien määrittelyyn liittyvät myös etniset tekijät, kuten maahanmuuttajien kansallisuus, kansalaisuus sekä kulttuuriin liittyvät uskonnolliset ja kielelliset tekijät. Kansallisuus on etniseen ja kulttuuriseen alkuperään viittaavaa, ja kansallisuus taas on valtiollis-oikeudellisesti määritelty yksilön ominaisuus. (Taavela 1999: 23.)

Tässä tutkimuksessa maahanmuuttajalla tarkoitetaan terveydenhuollon asiakasta, joka käsittää ulkomailta Suomeen tulevia henkilöitä. Emme ole voineet rajata maahanmuuttaja-käsitettä tarkasti, koska kaikissa valitsemissamme tutkimuksissa ei määritelty maahanmuuton syitä.

5.2 Terveydenhuollon ammattihenkilö

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) määrittelee, että terveydenhuollon ammattihenkilö on henkilö, joka on lain nojalla saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö). Tämän lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilö voi olla henkilö, jolla tämän lain nojalla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). Laillistettu, luvan saanut ja nimikesuojattu henkilö on oikeutettu toimimaan terveydenhuollon ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus pitää yllä terveydenhuollon ammattihenkilöistä keskusrekisteriä.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa lääkärin, hammaslääkärin, proviisorin, psykologin, puheterapeutin, ravitsemusterapeutin, farmaseutin, sairaanhoitajan, kättilön, terveydenhoitajan, fysioterapeutin, laboratoriohoitajan, röntgenhoitajan, suuhygienistin, toimintaterapeutin, optikon ja hammasteknikon ammattia laillistettuna ammattihenkilönä henkilölle, joka

on suorittanut kyseiseen ammattiin johtavan koulutuksen Suomessa. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6 1994/559.)

Tässä tutkimuksessa terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan sairaalassa, terveysasemalla tai vastaanottokeskuksessa työskenteleviä lääkäreitä, kättilöitä, sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Tutkimuksessa kuvaamme terveydenhuollon ammattihenkilöitä heidän ammattinimikkeidensä lisäksi termeillä hoitohenkilökunta tai terveydenhuollon henkilökunta.

5.3 Terveys

Maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organisation) määrittää terveyden seuraavasti: "Terveydellä tarkoitetaan täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa, ei ainoastaan sairauden puuttumista." (Ewles - Simnet 1994: 5.)

Yleisesti ottaen terveys-käsite on kuitenkin vaikea määritellä, sillä terveys voi merkitä hyvinkin erilaisia asioita eri ihmisille. Ihmiset määrittelevät usein terveyden 'sairauden puuttumiseksi'. Terveys koetaan usein itsestään selvänä asiana ja siihen kiinnitetään huomiota vasta kun yksilöllä ilmenee jokin sairaus tai terveysongelma, joka vaikeuttaa jokapäiväistä elämää. Siihen miten yksilö käsittää terveyden, vaikuttaa myös ihmisen elämäntilanne sekä sosiaalinen ja kulttuurinen ympäristö. On todettu, että erilaiset kansanuskomukset, jotka koskevat sairautta, sen ennaltaehkäisyä ja hoitoa, vaikuttavat myös yksilön terveystietoon. (Ewles - Simnet 1994: 3-5.)

Adamson, Ben-Shlomo, Chaturvedi ja Donovan (2003) sekä Shengelia, Tandon, Adams ja Murray (2005) osoittavat, että terveys-käsitettä voidaan pitää moniulotteisena ja suhteellisena, sillä käsitykset terveydestä, sairaudesta ja parantamisesta vaihtelevat kulttuureittain. Näihin kolmeen käsitykseen vaikuttavat kokemustieto, kulttuuripiiri, olemassa olevat hoitomahdollisuudet sekä myös yksilön ja hänen perheensä taloudelliset mahdollisuudet. (Gissler ym. 2006: 9 mukaan.)

Terveys määräytyy useista osatekijöistä, joita ovat fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, sosiaalinen, hengellinen ja yhteiskunnallinen terveys. Fyysinen terveys liittyy elimistön mekaaniseen toimintakykyyn, psyykinen terveys pitää sisällään ihmisen kyvyn ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti. Emotionaalinen terveys liittyy hyvin läheisesti psyykkiseen terveyteen, mikä on kykyä tunnistaa tunnetiloja, ilmaista

niitä. Emotionaalisen terveyden avulla ihminen voi selviytyä stressistä, masennuksesta ja ahdistuksesta. Sosiaalinen terveys pitää sisällään ihmissuhteiden solmimisen ja niiden ylläpitämisen. Hengellinen terveys voi liittyä uskoon tai yksilön henkilökohtaiseen uskoon, käyttäytymisperiaatteisiin ja mielenrauhaan. Yhteiskunnallinen terveys poikkeaa muista terveyden osatekijöistä sillä siihen vaikuttaa ympäristö. Jos yhteiskunta ei ole terve ei voi olla yksilökään. (Ewles - Simnet 1994: 5-6.)

Maahanmuuttajat voivat kokea ja määritellä terveyttä eri tavalla kuin alkuperäinen väestö. Kuitenkin eri maahanmuuttajaryhmien välillä on suuria eroja terveyttä määriteltäessä. Esimerkiksi pakolaisten terveys eroaa työperäisten maahanmuuttajien terveydestä.

5.4 Terveysthuollon palvelut

Terveysthuollon palveluilla tarkoitetaan terveydenhoitojärjestelmän päätehtävää eli terveyden- ja sairaanhoidosta huolehtimista sekä avohoito- että sairaalasektorilla (Ewles - Simnet 1995: 23). Suomessa suurin osa sosiaali- ja terveyspalveluista on lakisääteisiä, eli lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään nämä palvelut. Kunnat voivat järjestää lakisääteisten palvelujen lisäksi muitakin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Kunnat voivat järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut itsenäisesti omana toimintanaan, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä tai ostamalla palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta tai muilta kunnilta. Toiminta voi poiketa riippuen paikallisista olosuhteista ja väestön tarpeista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Palvelut sosiaali- ja terveydenhuollon saralla pyritään ensisijaisesti järjestämään yleislakien nojalla. Terveysthuollon puolella yleislakeja ovat kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki. Näissä säädetään yleisesti kunnan velvollisuudesta järjestää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja ja niihin liittyvää toimintaa. Terveyspalvelujen käyttäjien asemaa säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Henkilöt, jotka eivät saa yleislakien perusteella riittäviä palveluita, ovat oikeutettuja saamaan erityislaeissa säädettyjä palveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

6 KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tässä opinnäytetyössä olemme käyttäneet soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää.

Systemaattista kirjallisuuskatsausta voidaan luonnehtia tutkimustiedon tutkimiseksi. Sen avulla voidaan levittää, koota, jäsentää ja tiivistää tutkimustietoa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus antaa hyvän mahdollisuuden syventää tietopohjaa jo olemassa olevista valmiista tutkimuksista ja niiden tuloksista. (Pekkala 2001: 58-59.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen työstäminen on kumulatiivinen tutkimusprosessi, joka etenee nimensä mukaan systemaattisesti, järjestelmällisesti vaihe vaiheelta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheita ovat tutkimussuunnitelma, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, valinta ja laadun arviointi sekä alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus edellyttää prosessin tarkkaa suunnittelua, jolloin rajataan aihepiiriä, päätetään alkuperäistutkimusten hyväksymis- ja poissulkukriteerit, minkä tarkoituksena on saada kasaan mahdollisimman validi, kattava ja luotettava joukko tutkimuksia. Systemaattiseen kirjallisuuskatsausprosessiin kuuluu myös tarkka kirjaaminen. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 39.) Tässä opinnäytetyössä toimittiin edellä kuvatulla tavalla. Valitun aineiston lähdekriteerit, hakusanat sekä hyväksymis- ja poissulkukriteerit esitetään sivulla 21, taulukossa 3 ja valittu aineisto sivulta 27 alkaen sekä liitteessä 1.

Tieteellisenä tutkimusmenetelmänä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on identifioida eli tunnistaa ja kerätä jo olemassa olevaa tietoa, arvioida tiedon laatua. Lisäksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on syntetisoida eli koota eri näkökantoja yhtenäiseksi näkemykseksi rajatusta ilmiöstä retrospektiivisesti, takautuvan katsauksen esittävästi ja kattavasti. Sen avulla voidaan myös perustella ja tarkentaa valittua tutkimuskysymystä sekä tehdä luotettavia yleistyksiä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus noudattaa aina tieteellisen tutkimuksen periaatteita eli se perustuu tutkimussuunnitelmaan, on toistettavissa ja pyrkii vähentämään systemaattista harhaa,

jolla tarkoitetaan tutkimusprosessissa tapahtuvia virheitä, jotka muuttavat tutkimustulosta tai päätelmiä. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 39.)

6.2 Tutkimusten haku ja valinta

Systemaattisia kirjallisuushakuja teimme Linda-, Medic- ja Kurre-tietokantoihin. Tutkimuksia työmme aineistoksi valitsimme kirjallisuushaun tuloksien pohjalta (12) sekä sattumanvaraisesti tehdyn käsihaun kautta Tampereen yliopiston kirjaston verkkosivuilta (2). Hakusanoja olemme vaihdelleet eri tietokantoja käyttäessämme, sillä samat hakusanat eivät tuota haluttua tulosta kaikissa tietokannoissa. Parhaat hakutulokset olemme saaneet kokeilemalla useita kertoja erilaisia hakusanoja ja niiden yhdistelmiä. Hakutuloksemme olivat melko laajoja. Emme kuitenkaan käyneet rajaamaan hakua tarkemmaksi. Perusteluna tälle on, että tällöin hakutuloksistamme olisi voinut jäädä paljon relevanttia aineistoa huomioimatta.

Tutkimusten valintaa helpottamaan teimme päätöksen lähdekriteereistä, joiden mukaan valitsisimme työhömmme mukaan otettavat tutkimukset. Päätimme rajata aiheen koskemaan uusinta kotimaista kirjallisuutta. Aikarajaksi asetimme tutkimukset vuosilta 2000 - 2007. Muita valintakriteereitä ovat yliopistolliset tutkimukset, gradut ja pro gradu -tutkielmat, väitöskirjat sekä opinnäytetyöt. Hyväksyimme työhömmme luotettavat lähteet otsikon, lukemamme tiivistelmän tai koko julkaisun sekä aikarajan perusteella. Poissulkukriteereinä käytimme osittain samoja kriteerejä: otsikon, luetun tiivistelmän tai koko julkaisun perusteella.

Perusteluna sille, että hylkäsimme tutkimuksia niiden otsikoiden perusteella on se, että ne osoittivat selvästi tutkimuksen liittyvän eri aihealueeseen kuin mistä itse haimme tietoa. Olemme poistaneet paljon tutkimuksia jo pelkän otsikon perusteella, johon yhtenä lisäperusteena ovat laajat ja kattavat haut. Haut sisältävät suuren määrän hakuosumia, joista olemme valinneet relevantit ja validit tutkimukset. Näiden tutkimusten lisäksi haut kattavat paljon tutkimuksia, jotka liittyvät maahanmuuttajiin, mutta eivät sisällä etsimäämme tietoa maahanmuuttajien kokemuksista terveydenhuollon palveluista tai hoitohenkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajista heidän asiakkaina. Esimerkkinä tutkimuksesta, joka hylättiin otsikon perusteella on muun muassa Sari Peltonimen (2003) työ nimeltä *Miten inkerinsuomalainen kokee inkerinsuomalaisuuden*. Tiivistelmän perusteella hylkäsimme töitä, joiden otsikot vastasivat etsimäämme, mutta joiden tiivistelmät eivät vastanneet asiasisällöltään

tutkimuskysymyksiimme. Luetun perusteella hylkäsimme töitä, joiden otsikot vastasivat etsimäämme, mutta joista ei välttämättä löytynyt tiivistelmiä.

TAULUKKO 3. Tutkimuksen lähdekriteerit, hakusanat sekä hyväksymis- ja poissulkukriteerit.

Lähdekriteeristö	Kaikki hakusanat	Hyväksymiskriteerit	Poissulkukriteerit
Yliopistolliset tutkimukset	maahanmuut?	Relevantit lähteet:	Epärelevantit lähteet:
Gradut	immigra?	otsikon perusteella	otsikon perusteella
Pro gradu -tutkielmat	etni?	luetun julkaisun perusteella	luetun julkaisun perusteella
Väitöskirjat	ethnic?	tiivistelmän perusteella	tiivistelmän perusteella
Opinnäytetyöt	terveydenhuol?	aikarajan perusteella, työt vuosien 2000 - 2007 väliltä	
	hoitot?		
	attitude to health		
	tervey?		
	health?		
	monikult?		
	terveydenhoi?		
	ethnic groups		
	emigration and immigration		
	patients satisfaction		
	immigrants		

Aloitimme hakuprosessin tekemällä hakuja Linda-tietokantaan, joka on yliopistokirjastojen yhteistietokanta, jota ylläpitää ja kehittää Kansalliskirjasto. Aluksi teimme koehakuja parhaiden hakusanojen ja niiden yhdistelmien löytämiseksi. Hakuja tehdessämme käytimme rajauksena 2000-luvun aineistoa. Hakemillamme hakusanoilla saimme kokonaishakuosumaksi 78 kappaletta, joista kelpuutimme työhömmä 6 tutkimusta, jotka kaikki ovat yliopistollisia töitä.

TAULUKKO 4. Linda-tietokantaan tehdyn haun kuvaus.

Hakusanat	Hakutulokset: julkaisujen määrä	Hyväksytty aineistoon toisesta tietokannasta/ toisella hakusanalla	Poissulkukriteerit	Hyväksytty julkaisu
maahanmuut ? immigra? etni? ethnic? terveydenhuo l? hoitot?	78	-	Otsikon perusteella hylätyt 68 kpl Abstraktin perusteella hylätyt 2 kpl Luetun perusteella hylätyt 1 kpl	Idehen- Imarhiagbe 2006, opinnäytetutkielm a Huttunen 2006, pro gradu - tutkielma Kuusio 2000, pro gradu -tutkielma Pursiainen 2001, pro gradu - tutkielma Silvennoinen 2000, opinnäytetutkielm a Toukoma 2001, pro gradu - tutkielma

Medic on suomalainen artikkeliviitteitä sisältävä tietokanta, joka käsittää lääke- ja hoitotieteellisiä julkaisuja. Teimme Medic-tietokantaan koehakuja parhaiden hakusanojen ja niiden yhdistelmien löytämiseksi. Hakuja tehdessämme käytimme rajauksena 2000-luvun aineistoa. Päädyimme tekemään tietokantaan kaksi hakua, joista ensimmäinen tuotti hakuosumia 81 ja toinen 153 kappaletta. Ensimmäisen haun kautta löysimme kaksi hyväksyttävää yliopistollista tutkimusta lähteeksi. Löysimme myös kaksi työtä, jotka olimme kuitenkin jo kelpuuttaneet mukaan kirjallisuuskatsaukseen Linda-tietokannan kautta. Toisen haun kautta saimme työhömmme yhden yliopistollisen työn. Löysimme myös neljä muuta relevanttia lähettä, jotka olimme kuitenkin kelpuuttaneet mukaan hyväksyttäviin tutkimuksiin jo Linda-tietokannan hakujen kautta.

TAULUKKO 5. Medic- tietokantaan tehdyn haun kuvaus.

Hakusa nat	Hakutulokset : julkaisujen määrä	Hyväksytty aineistoon toisesta tietokannasta/ toisella hakusanalla	Poissulkukriteerit	Hyväksytty julkaisu
maahaa nmuut* immigra	81 kpl	2 kpl (Pursiainen, Huttunen)	Poistettu otsikon perusteella 67 kpl Poistettu abstraktin	Wathen 2007, pro gradu -tutkielma Tuokko 2007, pro

*			perusteella 9 kpl	gradu -tutkielma
etni*			Poistettu luetun perusteella 2 kpl	
ethnic*				
maahanmuut*	153 kpl	4 (Wathen, Huttunen, Pursiainen, Tuokko)	Poistettu otsikon perusteella 136 kpl	Hassinen-Ali-Azzani 2002, väitöskirja
immigra*			Poistettu abstraktin perusteella 10 kpl	
etni*			Luetun perusteella hylätyt 2 kpl	
ethnic*				
attitude to health				

Kurre on Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian tietokanta. Teimme Kurre-tietokantaan koehakuja parhaiden hakusanojen ja niiden yhdistelmien löytämiseksi. Hakuja tehdessämme käytimme rajauksena 2000-luvun aineistoa. Hakumme tuotti osumia yhteensä 112 kappaletta, joista hyväksyimme 4 kappaletta työhömmme. Löysimme myös neljä muuta relevanttia lähdettä, jotka olimme kuitenkin kelpuuttaneet mukaan hyväksyttäviin tutkimuksiin jo muista tietokannoista. Kaikki neljä Kurren kautta hyväksyttyä työtä ovat ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä.

TAULUKKO 6. Kurre-tietokantaan tehdyn haun kuvaus.

Hakusanat	Hakutulokset: julkaisujen määrä	Hyväksytty aineistoon toisesta tietokannasta/ toisella hakusanalla	Poissulkukriteerit	Hyväksytty julkaisu
maahanmuut?	112	4 (Pursiainen, Silvennoinen, Hassinen-Ali-Azzani, Tuokko)	Otsikon perusteella hylätyt 98 kpl	Heiäng - Karsikas - Lindström 2001, opinnäytetyö amk
monikult?			Abstraktin perusteella hylätyt 4 kpl	Huumonen 2001, opinnäytetyö amk
tervey?			Luetun perusteella hylätyt 3 kpl	Koskinen 2000, opinnäytetyö amk
terveydenhoi?				
immigra?				
health?				

Lisäksi löysimme Tampereen yliopiston verkkosivujen kautta kaksi tutkimusta (Adjekughele, Josephine 2001 ja Haghseresht, Arman 2002), jotka hyväksyimme työhömmä. Molemmat Tampereen yliopiston työt on sosiaalipolitiikan laitoksella tehtyjä raportteja, jotka liittyvät maahanmuuttajayhteisöjen hyvinvointitutkimukseen Suomessa 2002. Hyväksymis- ja poissulkukriteerit olivat töitä valitessamme samat kuin tietokantojen kautta valittujen töiden osalta.

6.3 Aineiston kuvaus

Saamamme aineisto on pääpiirteittäin homogeeninen, sillä aineisto koostuu yksittäisistä pienistä alkuperäistutkimuksista. Ainoat laajemmat tutkimukset löytyivät Linda- ja Kurre- tietokantojen kautta, jotka ovat Taina Keiturin kirjoittama teos *Monikulttuurisuus ja eettisyys terveydenhuollossa - katsaus hoitoalan tutkimuksiin Tehyn julkaisusarja* vuodelta 2005 sekä Mika Gisslerin, Maili Malinin, Petri Matveisen, Matti Sarvimäen ja Aki Kangasharjun työpoliittinen tutkimus *Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut* vuodelta 2006. Ammattikorkeakoulu-tasoisia opinnäytetöitä löytyi kaksi, molemmat Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiasta, joita ovat Adetomilola Pejun työ *Nursing care experiences of patients coming from different cultures* vuodelta 2006 sekä Sirpa Aarnion ja Ulla Jälkön työ *Maahanmuuttaja terveydenhoitajan asiakkaana* vuodelta 2002. Emme ottaneet näitä edellä mainittuja töitä mukaan työhömmä. Perusteluna tälle on, että halusimme ottaa katsaukseemme tutkimusaineistoon mukaan vain pienimuotoisia alkuperäistutkimuksia.

Tutkimuksemme aineisto koostuu yliopisto- (11 kpl) ja ammattikorkeakoulutasoisista opinnäytetöistä (3 kpl). Valitsemamme aineisto koostuu yhdestä väitöskirjasta, kuudesta pro gradu -tutkielmasta, kahdesta yliopistotason laadullisesta tutkimusraportista, kahdesta yliopistotason opinnäytetyötutkielmasta sekä kolmesta ammattikorkeakoulutason opinnäytetyöstä. Luettelo tutkimusaineistosta on liitteessä 1.

Valitsemissamme maahanmuuttaja-asiakkaita käsittelevissä tutkimuksissa tutkittavien joukko koostuu afrikkalaisäideistä, iranilaisista turvapaikanhakijoista, somalialaisista, nigerialaisista, venäläisistä ja virolaisista maahanmuuttajanuorista sekä venäjänkielisistä maahanmuuttajista. Valitsemissamme hoitohenkilökuntaa käsittelevissä tutkimuksissa tutkittavien joukko koostuu terveydenhoitajista, sairaanhoitajista ja kättilöistä. Kahdessa näistä tutkimuksista ei eritelty tutkittavien joukkoa tarkasti vaan tutkimusaineisto kuvattiin koostuvan hoitohenkilökunnasta.

Maahanmuuttajista koostuvat tutkimukset on tehty useissa eri konteksteissa kuten, äitiys- ja lastenneuvolassa, turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksen klinikalla, kouluterveydenhuollossa ja sairaalassa. Yhdessä tutkimuksessa viitataan ainoastaan laajemmin terveydenhuollon palveluihin kontekstin yhteydessä. Hoitohenkilökuntaa käsittelevien tutkimusten kontekstit käsittävät äitiys- ja lastenneuvolan, gynekologisen näytteenoton, synnytysosaston, lääkäriaseman ja päivystysaseman. Kahdessa tutkimuksessa ei kontekstia mainittu.

6.4 Tutkimusten analysointi

6.4.1 Sisällönanalyysi

Tutkimusten analysoinnissa käytimme apuna sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin muodoksi valitsimme induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin, jota käytimme maahanmuuttajien ja terveydenhuollon hoitohenkilökunnan kokemusten etsimiseen aineistosta.

Sisällönanalyysissa tiivistetään kerätty tietoaaineisto. Siinä tutkittavat ilmiöt kuvaillaan lyhyesti ja yleistävästi tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeästi esille tuoden. Sisällönanalyysin ydin on se, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen - Nikkonen 2003: 23.)

Sisällönanalyysi on joko induktiivista tai deduktiivista sisällönanalyysiä. Jako tehdään sen mukaan, minkälaista päättelyn logiikkaa tulkinnassa on käytetty. Induktiivinen tarkoittaa yksittäisestä yleiseen ja deduktiivinen yleisestä yksittäiseen siirtymistä. (Tuomi - Sarajärvi 2004: 95, 97.)

Sisällönanalyysiä käytetään apuna tehdessä systemaattista kirjallisuuskatsausta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on teorialähtöinen tutkimus, mutta sen apuna voidaan käyttää aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. (Tuomi - Sarajärvi 2004: 120.)

6.4.2 Induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet

Sisällönanalyysi jaetaan eri vaiheisiin, jotka ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä

sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Nämä vaiheet voivat esiintyä samanaikaisesti tai analyysi voi olla aiemmin mainittua monivaiheisempi. Induktiivista sisällönanalyysia käytettäessä siirrytään konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen. (Janhonen - Nikkonen 2003: 23-24.)

Ennen analyysiprosessin aloittamista määritellään analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla aineistoyksikkö, kuten dokumentti, tai se voi olla aineiston yksikkö, kuten sana tai lause. Aineiston laatu ja tutkimustehtävä vaikuttavat analyysiyksikön valintaan. Useimmiten analyysiyksikkönä käytetään yksittäistä sanaa tai lausetta, lauseen osaa tai ajatuskokonaisuutta; tällöin siis kyseessä on aineiston yksikkö. Analyysiyksikön ollessa yksittäinen sana sen esiintymistä tarkastellaan tietyn mittaisessa tekstissä ja käytetään tätä eri kirjoittajien tekstejä vertailtaessa. Analyysiyksiköksi soveltuu myös usein ajatuksellinen kokonaisuus, joka voi olla kokonainen lause. Analyysiyksikkönä voi myös olla useammasta lauseesta muodostuva tekstikappale. (Janhonen - Nikkonen 2003: 25-26.) Tässä opinnäytetyössä käytimme analyysiyksikkönä kokonaista lausetta tai useamman lauseen muodostamaa ajatuskokonaisuutta, joka kuvaa maahanmuuttajien tai hoitohenkilökunnan kokemuksia.

Aineiston tutustumisen jälkeen tapahtuu aineiston pelkistäminen. Pelkistäminen tarkoittaa, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistosta löytyvät vastaukset eli pelkistetyt ilmaukset kirjataan aineiston termein. (Janhonen - Nikkonen 2003: 27-28.) Tässä opinnäytetyössä olemme keränneet tutkimuksien pohjalta löytyneistä maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kokemuksia ilmaisevia lauseita ylös. Esimerkiksi lause *”vastaajat kokivat suomalaisten äitiyspalveluiden standardit hyvin korkealaatuisina”*. Lause pelkistettiin muotoon *”suomalaisten äitiyspalveluiden standardeja pidettiin korkealaatuisina”*, jolloin alakategoriaksi muodostui *”äitiyspalvelut”* ja yläkategoriaksi *”palvelut”* ja pääluokaksi *”tyytyväisyyttä tuottavat asiat”*.

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Samaan luokkaan laitetaan samaa tarkoittavat ilmaisut ja näille keksitään sisältöä kuvaava nimi. Aineiston ryhmittelyä seuraa aineiston abstrahointi. Tässä samansisältöiset luokat yhdistellään, jolloin saadaan yläluokkia. (Janhonen - Nikkonen 2003: 28-29.) Sivulta 30 alkaen esitetään saadut 12 pääluokkaa, joita ovat maahanmuuttajien kokemuksia kieli- ja kommunikaatio-ongelmista, maahanmuuttajien kokemuksia tiedon ja ohjauksen saannista ja sen

ymmärtämisestä, maahanmuuttajien kokemuksia terveydenhuollossa esiintyneestä syrjinnästä, rasismista, stereotypioista ja hoidonsaannista, maahanmuuttajien kokemuksia terveydenhuollon palveluista ja hoitohenkilökunnan asenteista, tyytyväisyyttä tuottavat asiat terveydenhuollon palveluissa, maahanmuuttajien toiveita terveydenhuollon palveluiden kehittämiseksi, hoitohenkilökunnan kokemuksia kieli- ja kommunikaatio-ongelmista, hoitohenkilökunnan kokemuksia kulttuurien välisistä eroista ja niiden vaikutuksesta hoitotyöhön, hoitohenkilökunnan kokemuksia ongelmakohtista maahanmuuttajien parissa työskenneltäessä, hoitajien tietoisuus ja valmiudet kulttuuriseen kohtaamiseen, hoitohenkilökunnan asenteet ja hoitohenkilökunnan mielipiteitä kulttuurisesta hoitotyöstä.

7 MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYDENHOITOTYÖN KEHITTÄMISHAASTEET - TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Maahanmuuttajien näkökulmasta tehtyjen tutkimusten kuvailua

Adjekughele, Josephine 2002: Afrikkalaisten äitien kokemuksia suomalaisessa äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmässä. Laadullinen tutkimusraportti. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan laitos.

Adjekughelen työ oli osa yhteistyössä tehtävää tutkimusprojektia: *Maahanmuuttajien hyvinvointitutkimus Suomessa: Sisäpiirin näkökulmia suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon*. Tämä Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitoksen koordinoima laadullinen tutkimusprojekti oli jatkoa vuoden 2000 - 2001 tutkimushankkeen Suomen osuudelle: *HIV ja afrikkalaiset turvapaikanhakijat ja pakolaiset Suomessa*. Adjekughelen tutkimus oli raportti laadullisesta tutkimuksesta maahanmuuttajaäitien kokemuksista Suomen äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmästä. Tutkimuksen tarkoitus oli kuulla afrikkalaisten äitien kertomuksia suomalaisesta terveydenhuollosta, oppia ymmärtämään paremmin, miksi ja miten afrikkalaiset äidit kokivat oman asemansa suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, ja nostaa esille odottavien äitien ja lasten terveydenhuollollisia tarpeita. Tutkimuksen kohderyhmä koostui Suomessa asuvista afrikkalaisista naisista, jotka olivat käyttäneet äitiys- ja lastenterveydenhuollonpalveluja. Tutkimukseen osallistui yhteensä 8 afrikkalaista äitiä

ja 2 suomalaista terveydenhoitajaa. Haastateltavat olivat asuneet Suomessa 3 - 10 vuotta. Afrikkalaisten äidit olivat iältään 27 – 37-vuotiaita. Aineistonkeruu tapahtui keskustelumuotoisten puolistrukturoitujen haastatteluiden avulla.

Hagseresht, Arman 2002: Iranilaiset turvapaikanhakijaperheet suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Laadullinen tutkimusraportti. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan laitos. Hagsereshtin työ oli osa edellä mainittua yhteistyössä tehtävää tutkimusprojektia: *Maahanmuuttajien hyvinvointitutkimus Suomessa: Sisäpiirin näkökulmia suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon*. Hagsereshtin tutkimus oli raportti laadullisesta tutkimuksesta, jonka tarkoituksena oli kuulla iranilaisten turvapaikanhakijoiden kokemuksia suomalaisesta terveydenhuollonjärjestelmästä. Tutkimuksen tavoitteena oli ottaa selvää kohderyhmän ajattelutavoista, tunteista ja toiminnasta suomalaiseen terveydenhuollonjärjestelmän tuottamiin palveluihin nähden. Tutkimuksen päätavoitteena oli löytää, kuunnella ja analysoida kohderyhmän suomalaiseen terveydenhuollon järjestelmään liittyviä aitoja kokemuksia, ajatuksia ja emootioita. Tutkimukseen osallistui yhteensä 3 perhettä, joista kuhunkin kuului äiti, isä ja yksi tai useampi lapsi. Haastateltavat iranilaiset turvapaikanhakijat olivat asuneet Suomessa 1 - 4 vuotta. Haastateltavat vanhemmat olivat iältään 27 - 47-vuotiaita. Aineistonkeruu tapahtui syvähaastattelun avulla.

Hassinen-Ali-Azzani, Tuulikki 2002: Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja: etnografia somalialaisten terveyskäsitteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Hassinen-Ali-Azzanin väitöskirjan tarkoituksena oli tuottaa uutta hoitotieteellistä tietoa Suomessa asuvien somalialaisten hoitotyön kulttuurisen osaamisen lisäämiseksi. Tutkimuksen tavoitteena oli somalialaisten etnohistorian, terveyskäsitteiden ja terveyden kannalta tärkeiden toimintatapojen kuvaaminen sekä somaliperheiden synnytystä edeltävän ja sen jälkeisen hoitokäytäntöjen kuvaaminen heidän omasta sekä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimukseen osallistui 55 somalialaista ja 6 hoitohenkilöä, joista 4 oli terveydenhoitajia ja 2 kodinhoitajia. Haastateltavat somalialaiset olivat asuneet Suomessa yhdestä kuukaudesta kahdeksaan vuoteen. Haastateltavat hoitohenkilöt olivat työskennelleet useiden vuosien ajan somaliperheiden parissa. Haastateltavat olivat iältään 8 - 52-vuotiaita. Tutkimuksen tutkimusmenetelmänä käytettiin etnografiaa, jossa

aineisto koottiin yksilö- ja ryhmähaastattelujen sekä osallistuvan havainnoinnin avulla. Haastatteluaineisto luokiteltiin aineistolähtöisesti, teemojen ja mallien avulla.

Idehen-Imarhiagbe, Esther 2006: Expectations and experiences of nursing care. A Study of Nigerian Communities in Helsinki Region, Finland. Opinnäytetutkielma. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Idehen-Imarhiagben työ oli tutkimusraportti maahanmuuttajien odotuksista ja kokemuksista suomalaisesta sairaanhoidosta. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata nigerialaisten odotuksia ja kokemuksia sairaanhoidosta Helsingin alueella. Tutkimukseen osallistui 10 nigerialaista maahanmuuttajaa, jotka olivat käyttäneet suomalaisia terveydenhuollonpalveluita 4 - 15 vuotta. Haastateltavat olivat iältään 26 - 40-vuotiaita. Tutkimuksessa käytettiin etnografista kvalitatiivista tutkimustapaa. Aineistonkeruu tapahtui henkilökohtaisten haastattelujen avulla ja analysoitiin kvalitatiivisella sisällönanalyysillä.

Koskinen, Katja 2000: Peruskoulun 8.-luokkalaisten maahanmuuttajanuorten kokemuksia kouluterveydenhuollosta. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Koskisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata peruskoulun 8.-luokkalaisten maahanmuuttajanuorten kokemuksia kouluterveydenhuollosta. Tutkimukseen osallistui 6 kahdeksaluokkalaista venäläistä ja virolaista maahanmuuttajanuorta, jotka olivat asuneet Suomessa 3 - 9 vuotta. Haastateltavat olivat iältään 14 - 15-vuotiaita. Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla ja analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Toukoma, Tiina 2001: Venäjänkielisten maahanmuuttajien terveys- ja sairauskäsitykset sekä suhtautuminen suomalaiseen terveydenhuoltoon. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Kulttuuriantropologian laitos.

Toukomaan tutkimuksen päämääränä oli selvittää, millaisia venäjänkielisten maahanmuuttajien sairauskäsitykset ja sairauden selitykset olivat, miten ne olivat muodostuneet ja miten ne toteutuivat käytännössä. Tutkimus valotti myös sitä, milloin venäjänkieliset maahanmuuttajat turvautuivat suomalaiseen terveydenhuoltoon, mitkä olivat heidän hoito-odotuksensa ja millaisia käytännön kokemuksia heillä oli suomalaisesta terveydenhuollosta. Tutkimus toi esille kuvaa, millaisena suomalainen terveydenhuollonjärjestelmä näyttäytyy venäjänkielisille maahanmuuttajille. Haastatteluihin osallistui 13 venäjänkielistä maahanmuuttajaa ja 3

asiantuntijaa, joista kaksi oli entisestä Neuvostoliitosta Suomeen muuttaneita erikoislääkäreitä ja kolmas suomalainen psykoterapeutti, jonka asiakkaista osa oli venäjänkielisiä maahanmuuttajia. Tämän lisäksi haastateltavien joukkoon lukeutui 2 venäläisnaista, jotka olivat Suomessa vierailulla sukulaistensa luona. Haastateltavat venäjänkieliset maahanmuuttajat olivat asuneet Suomessa 1 - 12 vuotta. Haastateltavat olivat iältään 22 - 66-vuotiaita. Aineistonkeruu tapahtui vapaamuotoisten teemahaastatteluiden avulla.

7.1.1 Maahanmuuttajien kokemuksia kieli- ja kommunikaatio-ongelmista

Kieli- ja kommunikaatiovaikeudet muodostuivat keskeisiksi ongelmakohdiksi kaikissa tutkimuksissa (Adjekughele 2002; Hagseresht 2002; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Idehen-Imarhiagbe 2006; Koskinen 2000; Toukomaa 2001). Suomen kielen harjoittamisen jäädessä pelkkien kielituntien varaan oppiminen jäi usein hataraksi. (Adjekughele 2002.) Suomen kielen oppimisen ja tiedonsaannin esteeksi koettiin usein myös kontaktien ja vuorovaikutuksen vähäisyys valtaväestön kanssa, kieli vaikeaksi oppia sekä maahanmuuttajien ja turvapaikanhakijoiden eristäytyneisyys (Adjekughele 2002; Hagseresht 2002).

Afrikkalaiset maahanmuuttajat kuvasivat uutta elämää hankalaksi Suomessa, koska kieltä osaamattomina heidän oli vaikea ilmaista itseään tarkasti. Etenkin abstraktien asioiden, kuten kivun ja erilaisten tuntemuksien kuvaileminen tuotti vaikeuksia. Tietoisien päätöksenteon tekeminen oli ongelmallista, sillä he eivät kokeneet saavansa riittävästi tietoa. Maahanmuuttajat kokivat kuitenkin ensiarvoisen tärkeänä suomen kielen oppimisen. (Adjekughele 2002.)

Sujuvan ja selkeän kommunikaation nähtiin olevan asiakkaan ja palveluntuottajan välillä hyvän hoitokäytännön kulmakivi. Monien terveydenhuollon ammattilaisten uskottiin osaavat englantia, mutta olevan haluttomia käyttämään sitä. (Adjekughele 2002.) Nigerianlaisten maahanmuuttajien keskuudessa oli kokemusta siitä, että vaikka hoitaja näki ettei asiakas puhunut suomea, hoitaja saattoi silti jatkaa puhumistaan suomen kielellä (Idehen-Imarhiagbe 2006).

Kielimuurin nähtiin estävän tehokkaan kommunikoinnin. Kieli rajoitti asiakkaiden kykyä puhua omista terveysongelmistaan ja vaikeutti kysymyksien esittämistä.

Afrikkalaiset maahanmuuttajat eivät kokeneet saavansa riittävästi tietoa omasta ja lastensa terveydestä. Afrikkalaisten maahanmuuttajien mielestä yhteisen kielen puute oli suurin yleisen tiedonkulun ja selkeän täsmällisen informaation antamisen ja vastaanottamisen este. Tämän vuoksi heidän ensivaikutelmansa suomalaisesta terveydenhuollosta muodostui usein kielteiseksi. (Adjekughele 2002.) Somalialaiset kuvasivat, että hoitohenkilöstön kanssa kommunikoinnissa sekaannusta saattoi liittyä myös yksittäisten sanojen väärinymmärrettyyn merkitykseen. Puutteellisen kommunikoinnin koettiin vaikeuttavan palvelujen käyttöä ja oikean hoidon saamista. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Iranilaiset turvapaikanhakijat kuvasivat kommunikointiongelmien ja väärinkäsitysten liittyvän usein tulkkipalveluihin. Joskus tulkit eivät puhuneet asiakkaan omaa kieltä, vaan jotain muuta turvapaikanhakijan kotimaassa puhuttavaa kieltä. Tämän koettiin aiheuttavan suunnattomia vaikeuksia kaikenpuolin asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välille. Iranilaiset turvapaikanhakijat toivat myös esille, että oli harvinaista saada tulkkipalvelua, joka osasi lääketieteellistä terminologiaa. Turvapaikanhakijoilla ei aina ollut edes mahdollisuutta saada tulkkia. Esimerkkinä tällaisesta tapauksesta kuvattiin tilanne, jos turvapaikanhakija halusi käyttää muita kuin vastaanottokeskuksen klinikan tarjoamia tai sen kautta järjestettyjä klinikan ulkopuolisia julkisia terveydenhuollon palveluita. (Hagseresht 2002.)

Afrikkalaiset ja venäjänkieliset maahanmuuttajat kokivat tulkkipalveluiden käytön ristiriitaiseksi (Adjekughele 2002; Toukomaa 2001). Venäjänkielisten maahanmuuttajien keskuudessa osa oli pyrkinyt hoitamaan asian ottamalla vastaanotolle oman sukulaisen tai tuttavien tulkkiksi, osa oli selviytynyt suomen kielellä, osa oli hakeutunut lääkärille, jonka tiesi osaavan venäjää (Toukomaa 2001). Ainoana selkeänä ryhmänä tulkkipalveluiden käyttöä kannattivat ja sen positiivisena näkivät virolaiset ja venäläiset maahanmuuttajanuoret (Koskinen 2000).

TAULUKKO 7 Aineiston kategorioiden muodostaminen liittyen maahanmuuttajien kokemuksiin kieli- ja kommunikaatio-ongelmista analyysiaineiston valossa, n = 6.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Päälukokka
-Suomen kieli vaikea oppia -Kontaktien ja vuorovaikutuksen vähäisyys valtaväestön kanssa -Eristäytyneisyys valtaväestöstä	Maahanmuuttajien kielitaitoon ja kielen oppimiseen vaikuttavat asiat	Maahanmuuttajien kokemuksia kieli- ja kommunikaatio-ongelmista

-Elämä hankalaa -Itsensä ilmaiseminen ongelmallista -Abstraktien asioiden kuvaileminen vaikeaa -Kyky puhua omista terveysongelmista rajallista -Kysymysten esittäminen ongelmallista -Yleinen tiedonkulku, informaation antaminen ja vastaanottaminen puutteellista -Este oikean hoidon saamiselle -Terveystieteiden palveluiden käyttäminen vaikeaa -Omien sukulaisten ja tuttavien käyttö tulkkina	Puutteellisen kielitaidon seurauksia	
-Hoitohenkilökunnan haluttomuus puhua englantia -Tulkit eivät puhu aina asiakkaan äidinkieltä -Tulkkien huono lääketieteellisen terminologian tuntemus	Hoitohenkilökunnan ja tulkkien negatiiviseksi koettu käytös ja taidot kommunikaatio tilanteissa	

7.1.2 Maahanmuuttajien kokemuksia tiedon ja ohjauksen saannista ja sen ymmärtämisestä

Tiedon ja ohjauksen saannissa ja sen ymmärtämisessä koettiin myös paljon puutteita. Maahanmuuttajat kokivat, että tiedon siirtämisen vastuu on terveydenhuollon henkilökunnalla ja että heidän tulee varmistaa, että asiakas ymmärtää niin puhutun kuin kirjallisen materiaalin sisällön. Myös se miksi jotain tehdään on hyvin tärkeää perustella maahanmuuttajille. (Adjekughele 2002; Hagseresht 2002; Hassinen-Ali-Azzani 2002.) Muun muassa neuvolaoppaissa puhutaan paljon siitä, kuinka tärkeää on puhua paljon vauvalle, muttei kerrota miksi (Adjekughele 2002).

Informaation puutteellisuuden vuoksi afrikkalaiset maahanmuuttajat kokivat olevansa peloissaan ja varuillaan asioiden edessä, joita eivät tunne tai ymmärrä. Tähän vaikuttavaksi tekijäksi nähtiin puutteellinen kommunikaatio asiakkaan ja terveydenhuollon henkilökunnan välillä. Kun potilas tai asiakas ei saanut riittävästi tietoa omasta terveydentilastaan ja syyt esimerkiksi toimenpiteen tarpeellisuudesta

jäivät hämäräksi, oli selvää, että tällaisessa tilanteessa koettiin turvattomuutta ja pelkoa. Tapa, millä sekä terveydenhuollon palveluiden tuottajat ja asiakkaat puhuivat terveyteen liittyvistä asioista, tuotti afrikkalaisten mielestä ongelmia. Asioita ei selitetty eikä tietoa annettu riittävästi. Väärinkäsityksiä ja -ymmärryksiä sattui paljon. (Adjekughele 2002.)

Monet maahanmuuttajat kuvasivat ongelmia verinäytteiden ottamisen ja siitä informoimisen yhteydessä (Adjekughele 2002; Idehen-Imarhiagbe 2006; Hassinen-Ali-Azzani 2002). Vapaaehtoisuudesta muun muassa verikokeisiin suostumisen yhteydessä ei oltu ilmoitettu maahanmuuttajille. Kokeisiin osallistumista pidettiin hyvänä, mutta pääpiirteittäin tiedonantamisen vähäisyys asiasta koettiin huonoksi. Maahanmuuttajat kokivat, etteivät ole riittävän perillä omista oikeuksistaan ja että heitä tulisi informoida paremmin. (Adjekughele 2002.) Somalialaiset kokivat verinäytteenottamisen pelottavaksi ja epäterveelliseksi eivätkä ymmärtäneet, miksi Suomessa otetaan jatkuvasti verinäytteitä (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Myös nigerialaiset olivat kokeneet, että laboratoriotestejä tehdään ilman asiakkaan informointia. Tästä esimerkkinä he mainitsivat hiv-näytteen ottamisen ilman asiakkaan tietoista hyväksyntää. (Idehen-Imarhiagbe 2006.) Kommunikoinnin puutteellisuus ja vaikeus ovat konkretisoituneet äärimittoihin muun muassa tilanteessa, kun eräälle somalinaiselle oli tehty kohdunpoistoleikkaus hänen tietämättä asiasta. Somalien keskuudessa kohdunpoistoa pidetään pahimpana, mitä somalinaiselle voi tapahtua. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Somalinaiset kuvasivat saaneensa paljon esitteitä ja ohjekirjoja neuvolasta, mutta useimmissa tapauksissa he eivät ymmärtäneet esitteissä olevaa tietoa, jolloin niistä ei ollut lainkaan hyötyä. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.) Iranilaiset turvapaikanhakijat kokivat taas saaneensa hyvin vähän jos lainkaan kirjallista materiaalia muun muassa potilaan oikeuksista, suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä, lasten hoidosta tai heitä koskevasta lainsäädännöstä. Vastaanottokeskuksen henkilökunta oli antanut näistä aiheista myös hyvin vähän suullista tietoa. Toisinaan turvapaikanhakijat olivat yrittäneet hakea tietoa itse ja saaneet sitä esimerkiksi kauan Suomessa asuneilta sukulaisiltaan. Osa oli kerännyt tietoa kerroilla, jolloin oli asioinut klinikan ulkopuolisten terveydenhuollon henkilökunnan kanssa. Turvapaikanhakijat olivat tulleet siihen tulokseen, että turvapaikanhakijoiden etuuksia sai vain, jos tiesi niistä etukäteen ja osasi vaatia niitä. (Hagseresht 2002.)

TAULUKKO 8. Aineiston kategorioiden muodostaminen liittyen maahanmuuttajien kokemuksiin tiedon ja ohjauksen saannista ja sen ymmärtämisestä analyysiaineiston valossa, $n = 4$.

Alakategoria	Yläkategoria	Päälukko
-Turvattomuus -Pelko -Vaikeus tietoisien päätöksenteon tekemiseen -Väärinkäsitysten määrän kasvaminen -Omien sukulaisten tai tuttavien käyttäminen tulkkeina	Puutteellinen kommunikointi ja tiedon saanti	Maahanmuuttajien kokemuksia tiedon ja ohjauksen saannista ja sen ymmärtämisestä
-Tietojen salaaminen -Tietojen antamisen ja niiden ymmärtämisen varmistamisen vähäisyys -Maahanmuuttajien oikeuksien riittämätön tiedottaminen	Hoitohenkilökunta	

7.1.3 Maahanmuuttajien kokemuksia terveydenhuollossa esiintyneestä syrjinnästä, rasismista, stereotyyppioista ja hoidonsaannista

Afrikkalaiset maahanmuuttajat eivät kuvanneet kokevansa räikeää syrjintää. Kuitenkin diskriminaation merkkejä nähtiin olevan aina terveydenhuollon piirissä, vaikkei se olisikaan selvästi näkyvää. Ihonvärin, ulkonäön ja sen millainen kumppani naisella oli neuvolavastaanotolla mukana, koettiin kuitenkin vaikuttavan siihen, miten hoitohenkilökunta tarjosi palveluitaan. Ulkomaalaisuus koettiin automaattisesti syyksi siihen, etteivät he olleet täysivaltaisia yhteiskunnan jäseniä. Maahanmuuttajuuden ja ulkomaalaisuuden koettiin paikantavan heidät alimpaan sosiaaliluokkaan. Automaattisesti ja tietyn terveydenhuoltojärjestelmän sisäisen, epäsuoran ja vähättelevän asenteen tarkoituksella saatettiin kokea heidän omanarvontuntonsa alaspainaminen. Hyvän suomen kielen taidon uskottiin tuovan arvostusta ja parantavan heidän asemaansa. (Adjekughele 2002.)

Syrjinnäksi nigerialaiset maahanmuuttajat kuvasivat muun muassa terveydenhuollon henkilökunnan tekemät hiv-testit ilman asiakkaan tietoisuutta asiasta. Tämä koetaan selväksi diskriminaatioksi, sillä maahanmuuttaja-asiakkaat itse uskovat, etteivät hoitajat

tee samoin valtaväestöön lukeutuvalle asiakkaalle ja koska he kokivat teon olevan niin heitä kuin ketä tahansa ihmistä kohtaan väärin. (Idehen-Imarhiagbe 2006.)

Hoitohenkilökunnan koettiin tekevän valitettavan usein yleistyksiä (Adjekughele 2002; Hagseresht 2002). Heidän kuvattiin ilmentävän stereotyyppisillä käsityksillään etnisistä ryhmistä tulevia asiakkaita esimerkiksi siten, että afrikkalaiset asiakkaat ovat aina myöhässä tai etteivät afrikkalaiset osaa huolehtia omasta terveydestään. Hoitohenkilökunnan kuvattiin usein pitävän itsestään selvänä käytäntöjä eikä henkilökunta informoinut niistä asiakasta. Tällaisiksi tilanteiksi koettiin muun muassa tiedottaminen varatun ajan perumisesta. (Adjekughele 2002.)

Iranilaiset turvapaikanhakijat ja afrikkalaiset maahanmuuttajat kokivat, että suomalaisilla oli valitettavan usein asenne, että ulkomaalaiset olivat valehtelijoita, jotka tulevat köyhistä maista vailla mitään ja kuvittelevat pääsevänsä niin sanotusti taivaaseen tullessaan Suomeen (Adjekughele 2002; Hagseresht 2002). Afrikkalaiset kokivat, ettei heihin uskota tai luoteta. Esimerkkinä he kertoivat tilanteen kotimaassa saaduista rokotteista. Ellei heillä ollut rokotustodistuksia, heidän ei uskottu saaneen rokotuksia. (Adjekughele 2002.) Myös suomalaisiin tutustumista pidettiin hankalana. Yleinen uskomus venäjänkielisillä maahanmuuttajilla oli, etteivät suomalaiset pidä heistä. Suomalaisia kuvattiin vaikeasti lähestyttäviksi, vältteleviksi, sulkeutuneiksi, hiukan sivistymättömiksi ja jossain määrin vihamielisiksi. (Toukomaa 2001.)

Somalialaiset ihmettelivät ja kuvasivat hoitohenkilökunnan etnosedutisää asenteita, jotka ilmenivät muun muassa runsaan lapsimäärän ihmettelynä sekä hoitohenkilökunnan kyllästyneenä käyttäytymisenä somalialaisia kohtaan. Loukkaavana pidettiin alituisen kuultavaa syytä, jonka mukaan hoitohenkilökunta toistuvasti syytti jokavuotisia synnytyksiä ja väsymystä somaliäitien vaivojen perusteluna. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Myös se, kuinka asiakas kutsuttiin vastaanotolle, koettiin afrikkalaisten maahanmuuttajien keskuudessa hyvin tärkeäksi. Maahanmuuttaja- ja siirtolainen nimitykset koettiin epämieliksi. Nimitystä ulkomaalainen pidettiin parempana vaihtoehtona. Maahanmuuttaja-nimitystapa koettiin kategorisoivan yhden tietyn ihmisryhmän, jolla ei ole maan kansalaisuutta. Maahanmuuttajaleima sai afrikkalaiset kokemaan itsensä vieraantuneiksi omasta kansastaan ja yhteiskunnastaan. Katkeruutta esiintyi, kun heidän nimeään ei osattu lausua tai kirjoittaa oikein, sitä lyhennettiin tai

jätettiin kokonaan sanomatta ja kutsuttiin vastaanotolle pelkästään sormea osoittamalla. Tämän he kokivat erityisen alentavaksi. Oman nimen ja identiteetin tunnistamista pidettiin erityisen tärkeänä. (Adjekughele 2002.)

Vastaanottokeskuksessa asuminen oli myös joidenkin afrikkalaisten maahanmuuttajien osalla rajoittanut sosiaalisia kontakteja ja terveyspalveluiden saantia. Jotkut kertoivat kokeneensa rasismia, joka koettiin kommunikaation puutteeksi, kärsimättömyydeksi, tietojen salaamiseksi tai tavaksi suhtautua niin, että asiakas saa tuntemaan oman olonsa typeräksi. (Adjekughele 2002.) Myös iranilaisten turvapaikanhakijoiden keskuudessa oli samankaltaisia kokemuksia. Osa koki tulleen kohdelluksi vähempiarvoisena ihmisenä turvapaikanhakija-statusen vuoksi. Koettiin, että terveydenhuollon henkilökunta oli halutonta hoitamaan heitä. Usein negatiiviset kokemukset jättivät hyvätkin kokemukset jalkoihinsa. (Hagseresht 2002.)

Iranilaiset turvapaikanhakijat eivät kokeneet hoidon saannin suhteen olevan eroa sukupuolten välillä. Kuitenkin lasten koettiin saavan parempaa hoitoa verrattuna aikuisiin. Tämä nähtiin kuitenkin ainoastaan positiivisena asiana. (Hagseresht 2002.)

TAULUKKO 9. Aineiston kategorioiden muodostaminen liittyen maahanmuuttajien kokemuksiin terveydenhuollossa esiintyvistä rasismista, syrjinnästä, stereotypioista ja hoidonsaannista analyysiaineiston valossa, n = 5.

Alakategoria	Yläkategoria	Päälukko
-Ihonväri -Ulkonäkö -Puolison olemus -Vastaanottokeskuksessa asuminen -Maahanmuuttaja-status -Turvapaikanhakija-status -Ikä	Hoidon saantiin negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä	Maahanmuuttajien kokemuksia terveydenhuollossa esiintyvistä rasismista, syrjinnästä, stereotypioista ja hoidonsaannista
-Ilman asiakkaan tietoisuutta suoritettavat toimenpiteet -Tiedon salaaminen -Luottamuksen vähäisyys -”Nimittely” -Kommunikaation puute	Hoitohenkilökunnan taholta koetun syrjinnän tai rasismin piirteitä	

-Kärsimättömyys		
-Käytös, joka saa asiakkaan tuntemaan itsensä tyhmäksi		
-Afrikkalaiset ovat aina myöhässä	Hoitohenkilökunnan taholta koettuja stereotypioita maahanmuuttajista	
-Afrikkalaiset eivät osaa huolehtia omasta terveydestään		
-Ulkomaalaiset ovat valehtelijoita		
-Ulkomaalaiset tulevat Suomeen paremman elämän toivossa		
-Väsymys ja synnytykset syynä somalinaisten vaivoihin		

7.1.4 Maahanmuuttajien kokemuksia terveydenhuollon palveluista ja hoitohenkilökunnan asenteista

Afrikkalaiset, nigerialaiset ja venäjänkieliset maahanmuuttajat kritisoivat pääasiassa sairaalaa ja sen henkilökuntaa (Adjekughele 2002; Idehen-Imarhiagbe 2006; Toukomaa 2001). Iranilaiset turvapaikanhakijat esittivät taas kritiikkiä etenkin vastaanottokeskuksen klinikkaa ja sen henkilökuntaa kohtaan (Hagseresht 2002).

Afrikkalaiset kuvasivat, että isoissa sairaaloissa henkilökuntaa ei kiinnostanut vieraista kulttuureista oppiminen, ja he kokivat, että hoitohenkilökunta oli kiusaantunutta hoitaessaan ulkomaalaisia. Sairaaloissa nähtiin pelättävän erilaisuutta ja kieltäytyttävän ymmärtämästä toisten ihmisten kulttuuria. Vieraiden kulttuureiden ei koettu kiinnostavan henkilökuntaa eivätkä he tienneet, kuinka suhtautua ulkomaalaisiin. Sairaalassa ongelmien ei nähty olevan pelkästään kulttuurisidonnaisia vaan myös pitkistä jonoista ja ajanpuutteesta, jatkuvista kommunikaatiokatkoksista ja siitä, etteivät he saaneet riittävästi tietoa omista diagnooseistaan valitettiin. Sairaaloihin oltiin tyytymättömiä ja pettyneitä niiden palveluihin. Sairaalamailma nähtiin liian kiireisenä, jossa ei ehditä hoitaa ja tutkia kunnolla. (Adjekughele 2002.)

Iranilaiset olivat tyytymättömiä vastaanottokeskuksen tarjoamiin palveluihin verrattuna kokemuksiinsa muusta julkisesta terveydenhuollosta, joka sai heiltä eniten positiivista palautetta. Vastaanottokeskuksen klinikan toiminta nähtiin epäasiallisena ja riittämättömänä. Toisaalta iranilaiset kokivat klinikan henkilökunnan määrän alimitoitetuksi ja työmäärän kohtuuttoman suureksi. (Hagseresht 2002.)

Vaikka suomalaista sairaalahoitoa arvostettiin, oli turvapaikanhakijoilla myös kokemuksia, että kun sairaalan hoitohenkilökunta kuuli asiakkaan olevan turvapaikanhakija, ammattilaisten asenne muuttui kielteiseksi. He kokivat olevansa eriarvoisessa asemassa suomalaisiin asiakkaisiin nähden mitä tuli vastaanottokeskuksen ulkopuolella tarjottuihin palveluihin. Heidän saamansa hoito ei heidän mielestään tällöin ollut yhtä huolellista kuin valtaväestön saama hoito. Turvapaikanhakijat kokivat, että heidät haluttiin jättää ulkopuolisiksi. Sairaalapalveluita pidettiin laadukkaina ja turvapaikanhakijoiden pääsyä niihin koettiin rajoitettavan ja valvottavan tarkasti. Osalle ongelma oli se, että kaikki turvapaikanhakijat eivät ole oikeutettuja ulkopuolisiin terveydenhoidollisiin palveluihin. Taloudellisten resurssien puutteen nähtiin myös asettavan omia rajoituksiaan. (Hagseresht 2002.)

Nigerialaiset maahanmuuttajat ja iranilaiset turvapaikanhakijat kokivat, että suomalainen terveydenhuollon järjestelmä oli maahanmuuttajien näkökulmasta riittämätön ja kaipasi muutosta joistakin aspekteista (Idehen-Imargiaghbe 2006; Hagseresht 2002). Sairaaloiden ja vastaanottokeskuksen klinikan henkilökunnan informaation antaminen koettiin riittämättömäksi, kommunikaatio- ja kielivaikeudet olivat yleisiä, hoitajien kuvattiin olevan epäystävällisiä, joustamattomia, jäykkiä ja vakavia, jotka eivät koskaan hymyile ja heidän vuorovaikutustaidot nähtiin puutteellisina (Adjekughele 2002; Idehen-Imarhiagbe 2006; Hagseresht 2002). Iranilaiset turvapaikanhakijat kuvasivat vastaanottokeskuksen klinikan henkilökuntaa lisäksi vähemmän asiakaskeisiksi verrattuna sairaalan henkilökuntaan eikä heillä nähty olevan yhteistyöhalukkuutta (Hagseresht 2002).

Venäjänkieliset maahanmuuttajat kuvasivat suomalaisen terveydenhuollon olevan jäykkää ja kapea-alaista etenkin mitä tuli eri hoitomuotoihin. Venäläisille tutut ja Venäjällä sairaaloissa yleisinä hoitomuotoina käytetyt, biolääketieteen alaan kuulumattomat konstit, kuten muun muassa yrttijuomat, kääreet, hieronnat ja homeopatia julistettiin Suomessa tehottomiksi uskomuksiksi. Asiakkaat eivät ensimmäisen kerran jälkeen kehdanneet enää ottaa asiaa puheeksi lääkärin kanssa. Suomessa nähtiin luotettavan vain antibiootteihin, joita tarjotaan joka vaivaan. Suomalainen biolääketiede nähtiin kapea-alaisena ja vaihtoehtottomana. Suomalainen terveydenhuolto koettiin liikaa biolääketieteeseen, biologiseen sairauskäsitykseen ja teknologiaan tukeutuvaksi. (Toukomaa 2001.)

Afrikanmaista kotoisin olevat maahanmuuttajat kokivat saavansa vaatimalla vaatia hoitoa tai että asia tai vaiva ylipäänsä tutkittaisiin (Adjekughele 2002; Hassinen-Ali-Azzani 2002). Somalialaiset maahanmuuttajat ja iranilaiset turvapaikanhakijat olivat kokeneet, että omista vaivoistaan kertoessaan heitä ei otettu todesta. (Hagseresht 2002; Hassinen-Ali-Azzani 2002). Lääkärit eivät kiinnittäneet kerrottuihin vaivoihin huomiota, ja näin ollen somalialaiset kokivat, etteivät he saa niihin apua suomalaisen terveydenhuollon piiristä. Puutteelliseksi koettiin kiinnostus etenkin vanhempien ihmisten vaivoihin. Somalikulttuurissa arvostetaan vanhoja ihmisiä, mutta Suomessa asia koettiin olevan toisin päin. Somalialaisten vanhusten kanssa kommunikointia kuvattiin vaikeaksi, sillä he eivät usein ymmärrä lainkaan suomen kieltä. Viranomaistenkaan ei koettu näkevän tarpeelliseksi iäkkäämpien somalialaisten suomen kielen opiskelun tukemista. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Venäjänkieliset maahanmuuttajat olivat pettyneitä lääkäreiltä saamaansa kohteluun ja käyntejä lääkärien vastaanotolla pidettiin kummallisina. Lääkäreiden kuvattiin katsovan vain tietokonetta ja tutkivan papereita, jolloin katsekontakti asiakkaan kanssa jäi vähäiseksi. Kiinnostusta potilasta kohtaan ei näytetty. Lääkäreiden kuvattiin selailevan paksuja kirjoja, joista resepti kirjoitettiin tai tukeutuvan laboratoriovastauksiin kuuntelematta lainkaan potilaan tuntemuksia. Lääkärit turvautuivat jatkuvasti ja liikaa teknologiaan. Heidän koettiin olevan myös etäisiä ja välinpitämättömiä. Lääkäreiden ammattitaito asetettiin kyseenalaiseksi juuri tästä syystä. Lääkärit eivät myöskään aina koskettaneet lainkaan fyysisesti potilaita. Ainoa kosketuskontakti saattoi jäädä kättelyyn. Tätä pidettiin outona, sillä maahanmuuttajat uskoivat koskettamisen olevan tärkeä keino saada selville, mikä potilasta vaivasi. Tähän perustui venäjänkielisten maahanmuuttajien käsitys siitä, ettei potilasta tutkittu lainkaan. Tämä herätti ajatuksen siitä, että lääkäri kummeksui ulkomaalaisen asiakkaan koskettamista tai että kyseessä oli suomalainen tapa olla koskettamatta. (Toukoma 2001.)

Lääkäreiden vähäpuheisuus, katseyhteyden välttely ja välinpitämättömyydeksi tulkittu käytös potilaan asioita kohtaan aiheuttivat närkästystä venäjänkielisten maahanmuuttajien keskuudessa. Lyhyet vastaanottoajat koettiin ahdistaviksi. Lääkärien kanssa asioidessa oli opittu, että heidän tulisi asiakkaina ja potilaina olla täsmällisiä, lyhytputheisia ja tietää diagnoosi jo vastaanotolle mennessä. Lääkärin aikaa ei saanut tuhjata eikä monista vaivoista saanut valittaa samalla käynnillä. Lääkäreitä pidettiin liian asiallisina, ylemmyudentuntoisina, etäisinä, epäempeattisina, jonka vuoksi

venäjänkieliset maahanmuuttajat kokivat vaikeaksi puhua aroista asioista. (Toukomaa 2001.)

Suomalaisten lääkäreiden ei koettu olevan kiinnostuneita siitä, kuinka heitä on aiemmin hoidettu Venäjällä tai millaisia lääkkeitä he ovat käyttäneet. Lääkärien asenne koettiin laimeaksi ja tuomitsevaksi. Aikaisemmista hoitokokemuksista ja lääkkeistä kertoneelle asiakkaalle lääkäri oli saattanut narkästyä ja moittinut lääkkeitä myrkyiksi. Tällainen asenne oli koettu hyvin loukkaavaksi, sillä asiakkaat luottivat venäläiseen lääketieteeseen ja hoitomuotoihin. (Toukomaa 2001.)

Vastaanottokeskuksessa työskentelevillä lääkäreillä koettiin olevan välinpitämätön asenne turvapaikanhakijoita kohtaan. Asiakkaat kuvasivat lääkäreitä kokemattomiksi muun muassa sen osalta, etteivät he tunteneet sairauksia, joita turvapaikanhakijoiden keskuudessa oli. Turvapaikanhakijat kokivat olevansa koekaniineja ammattiaan vasta opiskelevien lääkäreiden ja hoitajien käsissä. (Hagseresht 2002.)

Lääkäriin pääsy oli mutkainen tie, joka vaati toistuvia käyntejä muun hoitohenkilökunnan luona, jotta nämä saataisiin vakuuttuneiksi lääkärikäynnin tarpeellisuudesta. Lisäksi klinikka tarjosi vain yleislääkärin palveluita ja päästäkseen erikoislääkärin vastaanotolle oli edessä uusi pitkä prosessi. Turvapaikanhakijat kokivat tämän hyvin raskaaksi. Aina piti olla jokin painava syy päästä hoitoon ja todistaa se. Negatiiviseksi koettiin myös odotusaikojen pituus. Potilasta kohden varattu aika oli usein liian lyhyt. Klinikkan aukioloaika nähtiin riittämättömänä keskuksessa asuvaan suureen ihmismäärään suhteutettuna; vain noin 1,5 tuntia arkipäivisin. (Hagseresht 2002.)

Vastaanottokeskuksen lääkäri oli hyvin harvoin paikalla ja vaikeasti tavoitettavissa. Usein vastaanotolla käytiin sairaanhoitajan vastaanotolla, jota hyvin usein piti alan opiskelija. Hoitajat olivat usein tietämättömiä, kääntyivät toisten hoitajien puoleen ja hakivat vastauksia kirjoista, mikä osoitti iranilaisten mielestä epäammattillisuutta, jonka he näkivät johtuvan kokemuksen ja tiedon puutteesta opiskelijoiden kohdalla. Vakavissakaan tapauksissa heitä ei otettu tosissaan. Esimerkiksi keskenmenon saadessaan eräs turvapaikanhakija oli kokenut suoranaista välinpitämättömyyttä hoitajan taholta. (Hagseresht 2002.)

Vastaanottokeskuksen hygienia- ja saniteettitiloja pidettiin myös erittäin epäpuhtaina. Tämä johtui osittain keskuksessa asuvista asukkaista ja heidän erilaisista

siisteyskäsityksistään, mutta turvapaikanhakijoiden mielestä myös henkilökunnan välinpitämättömyydestä. Tämä herätti kiivasta keskustelua ja puhetta ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta. (Hagseresht 2002.)

Venäjänkieliset maahanmuuttajat kertoivat lääkäriin pääsyn hankaloituneen Suomeen tulon jälkeen. Uusi järjestelmä oli erilainen ja tuntematon. (Toukomaa 2001.) Myös osa somalialaisista koki hoitoonpääsyn ongelmalliseksi Suomessa (Idehen-Imarhiagbe 2006). Myös afrikkalaiset maahanmuuttajat kuvasivat vaikeuksia hoidon saannissa etenkin niillä, joilla ei ollut kelakorttia. Oma asema koettiin haavoittuvaiseksi ja taloudellisesti vaikeaksi. (Adjekughele 2002.)

Venäjänkieliset maahanmuuttajat olivat saaneet ajan myötä selville tavalla tai toisella, missä oman alueen terveysasema sijaitsi, ja käytännössä kaikki lääkärikäynnit hoidettiin siellä. Usein maahanmuuttajat olivat oppineet yrityksen ja erehdyksen kautta, mitä suomalainen terveydenhuolto ja käytäntö olivat. Joidenkin kohdalla epätydyttävä lääkärissäkäynti oli johtanut siihen, että he eivät mielellään enää lainkaan käyttäneet terveydenhuollon palveluita, ellei kyse ollut todella vakavasti asiasta. Kynnys avun hakemiseen kasvoi Suomeen muuton jälkeen. Jotkut ratkaisivat asian matkustamalla entiselle kotiseudulle lääkäriin. Toisinaan hoidon esteeksi muodostui raha. Muun muassa hammaslääkärikäyntejä pidettiin niin kalliina Suomessa, että jotkut kävivät hoitamassa hampaansa Venäjällä, sillä se tuli halvemmaksi matkakustannuksista huolimatta. (Toukomaa 2001.)

Suurena puutteena pidettiin, ettei lääkäriä voinut tilata kotikäynneille. Tämä oli monista käsittämättömän takapajuista. Venäjällä tällainen palvelu oli arkipäiväistä ja itsestään selvää ja etenkin silloin kun kyseessä oli lapsipotilas, se nähtiin välttämättömänä. Pidettiin käsittämättömänä, että kuumeisen lapsen kanssa täytyi mennä jonottamaan poliklinikalle useiksi tunneiksi. (Toukomaa 2001.)

Virolaiset ja venäläiset maahanmuuttajanuoret kuvasivat, etteivät olleet saaneet tukea kouluterveydenhuollosta sopeutumiseen maahanmuuttovaiheessa. Kontaktit kouluterveydenhuoltoon olivat olleet lyhyitä ja painottuneet fyysisen terveydentilan kartoittamiseen ja rokotusohjelman ajantasaamiseen. He näkivät negatiivisena sen, että terveydenhoitaja oli rajallisesti tavoitettavissa, sillä avuntarve, sairastuminen ja tapaturmat eivät noudata terveydenhoitajan aikatauluja. (Koskinen 2000.)

TAULUKKO 10. Aineiston kategorioiden muodostaminen liittyen maahanmuuttajien kokemuksiin terveydenhuollon palveluista ja hoitohenkilökunnan asenteista analyysiaineiston valossa, n = 6.

Alakategoria	Yläkategoria	Päälukko
-Kiinnostumattomuus vieraita kulttuureita kohtaan -Pelokkaita erilaisuutta kohtaan -Etäisiä -Kiusaantuneita -Epäystävällisiä -Joustamattomia -Jäykkiä -Ylemmydentuntoisia -Eivät hymyile -Eivät kosketa -Eivät ota katsekontaktia -Eivät hoida tai tutki kunnolla -Yhteistyöhaluttomia -Hoitohenkilökunnan ammattitaidottomuus, kokemattomuus	Negatiiviksi koetut hoitohenkilökunnan asenteet ja ominaisuudet	Maahanmuuttajien kokemuksia terveydenhuollon palveluista ja hoitohenkilökunnan asenteista
-Lyhyet vastaanottoajat -Pitkät jonot -Ajanpuute -Kommunikaatiokatkokset -Kiire -Hoidon kapea-alaisuus -Hankala päästä hoitoon	Negatiiviksi koetut sairaalamaailman käytänteet	
-Hygienian ja saniteettitilojen epäpuhtaus -Klinikan lyhyt aukioloaika -Hankala ja pitkä hoitopääsy prosessi -Epäasiallinen ja riittämätön toiminta	Negatiiviksi koetut vastaanottokeskuksen käytänteet	

7.1.5 Tyytyväisyyttä tuottavat asiat terveydenhuollon palveluissa

Maahanmuuttajat olivat tyytyväisiä äitiys-, lasten- ja perhesuunnittelu-neurolapalveluihin. Suomalaisten äitiyspalveluiden standardeja pidettiin korkealaatuksina. (Adjekughele 2002; Hagseresht 2002; Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Afrikkalaiset äidit kokivat, että tapa, jolla äitiys- ja lastenneurolapalveluita toteutetaan on Suomessa hyvä. Odottaville äideille tarjottava laaja kirjoja erilaisia palveluja pidettiin ilahduttavana. Seulontatutkimukset sekä lasten että aikuisten rokotusohjelma tarttuvien tauteja vastaan toimivat maahanmuuttajien mielestä erinomaisesti. (Adjekughele 2002.)

Neurolassa afrikkalaiset äidit kokivat saavansa tukea, rohkaisua sekä valmistelua tulevaan. Synnytyksen jälkeen palaamista takaisin hoidon piiriin pidettiin hyvänä. Riittävä ajankäyttö äitiys- ja lastenneurolassa oli osaksi hyväksi ja huolelliseksi koettua hoitoa. Raskaana olevien äitien ja lasten kohtelu, huolenpito ja hoito olivat hyvää. (Adjekughele 2002.) Osa somaliäideistä kuvasi saaneensa terveydenhoitajilta positiivista palautetta siitä, että he jaksivat kasvattaa ja hoitaa lapsiaan hyvin. Tämä koettiin erittäin myönteiseksi asiaksi. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.) Myös vastaanottokeskuksen iranilaiset ja afrikkalaiset äidit kokivat heitä kohdeltavan hyvin neurolajärjestelmän piirissä, josta usein kuvattiin saatavan myös nopea apu (Adjekughele 2002; Hagseresht 2002).

Suomalaiset neurolassa tehdyt terveydenhoidolliset toimenpiteet tekivät maahanmuuttajien olon turvalliseksi. Tähän vaikuttivat siisti ja puhdas ympäristö, hyvin organisoitu järjestelmä, käytössä oleva viimeisin teknologia ja työntekijöiden tehokkuus. Järjestelmää pidettiin yksikertaisena ja hyvänä. (Adjekughele 2002.)

Maahanmuuttajat ihailivat suomalaisen teknologian korkeaa tasoa (Hagseresht 2002; Idehen-Imarhiagbe 2006; Toukoma 2001). Venäjänkielisten maahanmuuttajien kohdalla luottamus vakavien sairauksien hoidossa suomalaiseen huipputeknologiaan oli vakaa. Suomalaisten sairaaloiden varustetasoa pidettiin erinomaisena ja erikoislääkäreitä arvostettiin suuresti. Sairaalat olivat siistejä ja hoito tehokasta. (Toukoma 2001.)

Myös nigerilaiset pitivät sairaalahoitoa ensiluokkaisena. Hoidon jatkuvuutta pidettiin arvossa. Aiempien hoitokäyntien ja tietojen tallentamista, kirjaamista käynneistä ja

sairaskertomuksien sujuvaa saantia pidettiin hyvänä asiana. Henkilökuntaa pidettiin osaavana ja koulutettuna. Suomalaisen hoidon tasoa kuvattiin korkeammaksi kuin Nigeriassa. (Idehen-Imarhiagbe 2006.) Iranilaiset turvapaikanhakijat kuvasivat sairaalahenkilökuntaa rauhalliseksi ja ystävälliseksi (Hagseresht 2002).

Afrikanmaista tulleet äidit kokivat mieluisaksi ajanvaraustilanteissa mahdollisuuden valita samaa sukupuolta olevalle lääkärille ajan, joka toteutui käytännössä hyvin. Erityisen tärkeää tämän nähtiin olevan gynekologisia vaivoja hoidettaessa. (Adjekughele 2002; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Idehen-Imarhiagbe 2006.) Afrikkalaisten mukaan tähän ei vaikuttanut pelkkä uskonnollisuus, vaan olo koettiin luottavaisemmaksi naislääkäriin hoidossa. Mieslääkärit koettiin osittain aggressiivisiksi, heillä nähtiin olevan oma tapa hoitaa ja tutkia potilaita, mikä oli usein hyvin kovakourainen. (Adjekughele 2002.) Miehet eivät nähneet eroa siinä, oliko hoitaja tai lääkäri mies tai nainen. (Idehen-Imarhiagbe 2006). Ensiaputapauksissa hyväksyttiin tilanteeseen poikkeus (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Ehkäisyneuvontaan liittyvä tiedonantoon koettiin ristiriitaiseksi. Ehkäisyvaihtoehtojen esittämistä pidettiin hyvänä asiana, mikäli joku sitä halusi käyttää. Toisaalta se tulkittiin niin, että hoitohenkilökunta piti heidän runsaita synnytyksiään tietämättömyydestä johtuvina. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Hammaslääkäreiden hoidon tasoa pidettiin korkeana (Hagseresht 2002; Toukomaa 2001). Myös apteekki-, laboratorio- ja kuvantamispalveluita pidettiin hyvänä ja ammattitaitoisena. Kaikenkaikkiaan iranilaiset turvapaikanhakijat olivat tyytyväisiä suomalaisen julkisen sairaanhoidon piirissä saamaansa hoitoon ja palveluihin. Positiiviseksi iranilaiset turvapaikanhakijat kokivat myös sen, että vastaanottokeskuksen klinikan henkilökunta puhui englantia ja tulkkipalveluita järjestettiin tarpeen mukaan. (Hagseresht 2002.)

Jos kielimuuri oli ajan myötä saatu murrettua, olivat afrikkalaiset maahanmuuttajat tyytyväisiä ja ilahtuneita saamastaan tiedonmäärästä ja heille annetuista terveydenhuollon palveluista. Positiivisena nähtiin myös se, että Suomi Euroopan Unionin jäsenmaana tuotti nykyisin enemmän terveystietomateriaalia ainakin kansainvälisesti tärkeimmillä kielillä ja myös useamman suomalaisen nähtiin puhuvan enemmän englantia. (Adjekughele 2002.)

Virolaiset ja venäläiset maahanmuuttajanuoret kokivat tyytyväisyyttä erityisesti kouluterveydenhuollon palveluiden suhteen siitä, että koululla oli terveydenhoitaja. Kouluterveydenhoitajaa pidettiin tärkeänä osana kouluyhteisöä (Koskinen 2000.)

TAULUKKO 11. Aineiston kategorioiden muodostaminen liittyen maahanmuuttajien kokemuksiin tyytyväisyyttä tuottavista asioista terveydenhuollon palveluissa analyysiaineiston valossa, n = 6.

Alakategoria	Yläkategoria	Päälukokka
-Äitiys-, lasten- ja perhesuunnitteluneuvolapalvelut -Hammaslääkäripalvelut -Apteekki-, laboratorio- ja kuvantamispalvelut	Palvelut	Tyytyväisyyttä tuovat asiat terveydenhuollon palveluissa
-Tukea -Rohkaisua -Valmistelua tulevaan -Hyvää ja huolellista hoitoa -Hyvää kohtelua -Puhtaat ja siistit tilat -Hyvin organisoitu -Hoidon jatkuvuus -Viimeisin teknologia -Työntekijät tehokkaita	Neuvola	
-Korkea teknologian taso -Vakavien sairauksien hyvä hoito -Kirjaaminen -Sairauskertomuksien ylläpito ja saatavuus	Sairaala	

7.1.6 Maahanmuuttajien toiveita terveydenhuollon palveluiden kehittämiseksi

Iranilaiset turvapaikanhakijat toivoivat huolellisuutta tulkkien valinnan suhteen. Tulkeille pitäisi järjestää riittävästi koulutusta ja vaatia heiltä riittävää sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetyn sanaston hallintaa. (Hagseresht 2002.) Myös lääkäreille ja hoitajille tulisi saada enemmän koulutusta ulkomaalaisten kohtaamisesta ja hoitamisesta. Tähän olisi hyvä panostaa jo opiskelun aikana. Tärkeäksi koettiin jakaa enemmän tietoa kulttuurieroista, jotta kulttuurisia yhteentörmäyksiltä voitaisi välttyä. (Adjekughele 2002; Hagseresht 2002; Idehen-Imarhiagbe 2006.)

Iranilaiset turvapaikanhakijat näkivät, että kulttuurisen kompetenssin koulutuksen kautta mahdollistuisi terveydenhoidon ammattilaisten taitojen karttuminen ja että sen kautta tulisi mahdolliseksi taata tasavertainen vuorovaikutus ja kommunikointi, jossa molemmat osapuolet ymmärtävät toisiaan. Kompetenssin koettiin lievittävän ennakkoluuloja ja jännitteitä sekä muita korkeatasoisen hoidon esteitä. Koulutuksen ydintavoitteena olisi etsiä, löytää, hyväksyä ja käyttöönottaa sekä kielellisesti että kulttuurisesti asianmukaisia lähestymistapoja ja käytäntöjä työskennellessä asiakkaiden kanssa, jotka tulevat valtakulttuurin ulkopuolelta. (Hagseresht 2002.)

Positiivisena nähtiin myös ajatus ulkomaalaistaustaisten hoitajien ja lääkäreiden työskentelystä työpareina, jolloin se mataloittaisi nais- ja miespuolisten maahanmuuttajapotilaiden kynnystä puhua avoimesti terveyteen liittyvistä tarpeistaan, ongelmistaan ja toiveistaan (Adjekughele 2002). Iranilaiset turvapaikanhakijat esittivät optimaaliseksi tilanteen, jossa he voisivat käyttää samaa etnistä taustasta tulevien ammattilaisten palveluita. Kun tämä ei ole mahdollista olisi tärkeää panostaa terveydenhuollon henkilökunnan kulttuurisesti asianmukaiseen koulutukseen. (Hagseresht 2002.) Vähemmistöjen edustajien kouluttamista ja työllistämistä sosiaali- ja terveysaloille toivottiin (Adjekughele 2002; Hagseresht 2002; Idehen-Imarhiagbe 2006). Tämän koettiin merkittävästi helpottavan myös kieliongelmiä ja kulttuurien välisiä yhteentörmäyksiä. Terveydenhuollon kentille toivottiin ylipäänsä enemmän kielitaitoista henkilökuntaa. (Adjekughele 2002.) Maahanmuuttaja-asiakkailta tulisi olla mahdollisuus käyttää asioidessaan omaa kieltään (Idehen-Imarhiagbe 2006; Toukomaa 2001). Oppilaat toivoivat tulkin käytön mahdollisuutta myös kouluterveydenhuoltoon oman kielitaidon ollessa heikko. (Koskinen 2000.)

Iranilaiset turvapaikanhakijat ja afrikkalaiset maahanmuuttajat toivoivat niin sanottujen yhteisötyöntekijöiden koulusta, jotka huolehtisivat maahanmuuttajien tiedottamisesta ja neuvoisivat heitä heidän asemasta ja oikeuksistaan. Maahanmuuttajat kokivat tarvitsevansa omiin yhteisöihinsä yhteisötyöntekijöitä, jotka neuvoisivat ja ohjaisivat heitä sosiaali- ja terveyspalvelujen suhteen ja muita asioita koskevissa kysymyksissä. (Adjekughele 2002; Hagseresht 2002.)

Iranilaiset turvapaikanhakijat kokivat, että nykyisin turvapaikanhakijoille suunnatun terveyspalvelujärjestelmän kehittäminen heidän tarpeitaan paremmin vastaavaksi, vaatisi joidenkin toimintamallien ja käytäntöjen perusteellisia muutoksia. Tähän parantamisehdotuksiksi ehdotettiin yhteisötyöntekijöiden kouluttamista ja erikoistuneita, taitavia lääkäreitä työntekijöiksi vastaanottokeskuksen klinikalle. Erityisen tärkeäksi koettiin ehdotus klinikan aukioloajan sekä yksittäisten vastaanottoaikojen pidentämiseen. Parantamisen varaa nähtiin olevan paljon, mutta turvapaikanhakijat itse kokivat olevansa voimattomia muuttamaan tai vaikuttamaan käytäntöihin. (Hagseresht 2002.) Maahanmuuttajat toivoivat lääkäreiltä kattavaa osaamista. Myös jo Suomesta poistuneiden sekä trooppisten tautien tietämys ja hoito koettiin tärkeäksi. (Hagseresht 2002; Adjekughele 2002.)

Hoitohenkilökunnan toivottiin antavan enemmän tietoa terveydestä, sairaudesta ja siitä kuinka välttää sairauksia ja hoitaa terveyttään jatkossa. Tämä koettiin hyödylliseksi myöhempien ongelmien ja komplikaatioiden ennaltaehkäisyyn kannalta. (Idehen-Imarhiagbe 2006.) Terveydellisiin ongelmiin koettiin tärkeäksi puuttua heti ajoissa. Ennaltaehkäisevän terveydenedistämisen nähtiin olevan parasta terveydenhuollon politiikkaa (Adjekughele 2002; Idehen-Imarhiagbe 2006; Hagseresht 2002).

Kommunikointiin toivottiin kiinnitettävän huomiota. Asian parannusehdotuksiksi esitettiin selkeää artikulaatiota ja puhetta sekä ei liian nopeaa asioiden läpikäyntiä. Myös riittävän ajan varaaminen vastaanottokäynneille, kun asiakkaana on maahanmuuttaja - asiakas koettiin hyväksi. Tärkeää olisi myös kehittää ja löytää keinoja sekä suunnata tietoa maahanmuuttajille. Informaatiota tulisi antaa ymmärrettävästi niin suullisesti kuin kirjallisesti. Ehdotuksena nousi myös asiakkaiden omien terveyshistoria -lomakkeiden saanti heidän omalla äidinkielellään. (Adjekughele 2002.) Myös ulkomaankielisiä oppaita toivottiin painettavaksi enemmän (Adjekughele 2002; Idehen-Imarhiagbe 2006).

Maahanmuuttajat kaipasivat enemmän tietoa suomalaisesta terveydenhuollon järjestelmästä (Adjekughele 2002; Hagseresht 2002; Koskinen 2000; Toukoma 2001). Maahanmuuttajat näkivät, että looginen seuraus tiedonpuutteesta on, että he eivät edes osaa vaatia heille kuuluvia palvelua ja oikeuksiaan. Tiedonjakamisen nähtiin kuuluvaksi viranomaisten työtehtäviin. (Hagseresht 2002.) Afrikkalaiset kaipasivat myös informaatiota omasta terveydentilastaan ja siitä mitä, seurauksia mahdollisilla päätöksillä oli heidän terveyteensä. Tämän he kokivat asiaksi, johon tulisi panostaa enemmän kaikkien maahanmuuttaja-asiakkaiden ja potilaiden kohdalla. (Adjekughele 2002.)

Nuoret virolaiset ja venäläiset maahanmuuttajanuoret kuvasivat, että uudelle maahanmuuttajaoppilaalle olisi hyvä kertoa, mistä kouluterveydenhoitajan tavoittaa ja millaisissa asioissa hänen puoleensa voi kääntyä. Suomalainen terveydenhuollon järjestelmä on maahanmuuttajille uusi, eikä heillä ole siitä aiempaa tietoa. Myös terveydenhoitajan aktiivisempaa yhteydenpitoa oppilaisiin toivottiin. (Koskinen 2000.)

Miesten mahdollisuus tulla mukaan neuvolakäynneille oli maahanmuuttajien mielestä hyvä idea ja hyvää terveydenhuollon käytäntöä. Tämän vuoksi he kaipasivat enemmän tietoa asiasta ja etenkin suunnattuna se maahanmuuttajamiehille. Naisten mielestä olisi tärkeää saada yhä useammat miehet neuvolakäynnille. (Adjekughele 2002.)

Venäjänkieliset maahanmuuttajat toivoivat saavansa muutakin kuin reseptin, vahvoja lääkkeitä, antibiootteja tai jyrkkiä toimenpiteitä. Ennen kaikkea he kaipasivat hyviä neuvoja, rohkaisua ja myötätuntoa. Toivottiin, että lääkäri kertoisi myös lääkkeettömistä hoitomuodoista, joilla sairautta voitaisi hoitaa. (Toukoma 2001.)

Sairaiden luona vierailut nähtiin ja koettiin erittäin tärkeiksi. Somalialaiset kokivat, että mahdollisuuksien mukaan sairastava saisi oman huoneen, jossa vierailijat saisivat käydä rauhassa. Aikarajoitukset ja vierailuajat sairaalassa koettiin oudoiksi. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Hoitohenkilökunnan asenteisiin toivottiin muutosta. Somalit toivoivat iloisempaa asennetta työhön, että henkilökunta osoittaisi kiinnostusta, antaisi aikaa ja kohtelisi heitä samalla tavalla kuin muitakin asiakkaita. Myös henkilökunnan riittävää paneutumista somalialaisten ongelmiin toivottiin. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Nigerialaiset haastateltavat toivoivat hoitajien olevan enemmän ystävällisempiä. Hoitohenkilökunnan toivottiin olevan enemmän vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa, että potilaita kuunneltaisi tarkkaavaisesti, hoidettaisi kunnioituksella ja empaattisesti. He halusivat saada tuntea olevansa ”etusijalla”. Hoitajien tuli hoitaa kaikkia potilaita arvokkuudella, kunnioituksella ja rakkaudella laiminlyömättä itse sairaudenhoitoa. Empatiaa potilasta kohtaan toivottiin ja korostettiin. Tasavertaista hoitoa haluttiin rodusta ja ihonväristä ja yksilöllisestä oikeudellisesta taustasta huolimatta. Kaikkia toivottiin hoidettava samalla tavalla. (Idehen-Imarhiagbe 2006.)

Nigerialaiset maahanmuuttajat kuvasivat hoidon olevan hyvää, mutta ”kasvotonta”. Hoitajat tekevät työnsä, mutta eivät ole vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Hoitajien haluttiin toteuttavan aktiivista roolia hoitaja-potilas suhteen ja vuorovaikutuksen rakentajana ja osoittaa hyväksyvää käytöstä potilasta kohtaan. Tätä hoitaja voisi toteuttaa käytännössä osoittamalla hyvää huumorintajua, empatiaa, kunnioitusta, olemalla ystävällinen ja tarkkaavaisesti kuunnellen. (Idehen-Imarhiagbe 2006.)

Henkilökunnan asenne koettiin merkittäväksi hoidon onnistumisen kannalta. Potilaan kulttuuristen taustojen ymmärtämistä, huomiointia ja kunnioittamista ja mahdollisten erityistarpeiden tunnistamista pidettiin ehtona hyvälle terveydenhoidon käytännölle. (Hagseresht 2002.) Maahanmuuttaja-asiakkaiden huomiointia tärkeänä asiakasryhmänä koettiin merkittäväksi. Afrikkalaiset kokivat, että ulkomaalaisuutta ei oteta riittävästi huomioon. (Adjekughele 2002.) Tarvitaan enemmän huomaavaisuutta, myös koskettaminen olisi tärkeää (Adjekughele 2002; Toukomaa 2001). Iranilaiset turvapaikanhakijat halusivat, että heitä kohdeltaisiin tasavertaisesti, samoin kuin muitakin vastaanottokeskuksessa asuvia. Yleistä asennemuutosta kaivattiin. (Hagseresht 2002.) Afrikkalaiset maahanmuuttajat toivat myös esille toiveen paremmasta sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden huomioimisesta terveydenhuollossa (Adjekughele 2002).

Virolaiset ja venäläiset maahanmuuttajanuoret kokivat tullessa kohdelluiksi samoin kuin suomalaisiakin oppilaita. He eivät kokeneet, että kouluterveydenhoitaja olisi huomioinut heidän kulttuuritaustaansa. Ainoana selkeänä maahanmuuttaja ryhmänä nuoret pohtivatkin, onko kulttuuritaustan huomioimisella kovinkaan suurta merkitystä hoidon suhteen. (Koskinen 2000.)

TAULUKKO 12. Aineiston kategorioiden muodostaminen liittyen maahanmuuttajien toiveisiin terveydenhuollon palveluiden kehittämiseksi analyysiaineiston valossa, n = 6.

Alakategoria	Yläkategoria	Päälukokka
-Huomaavaisuutta -Kiinnostuneisuutta -Koskettamista -Huumorintajua -Empatiakykyä -Kunnioitusta -Ystävällisyyttä -Lähellä oloa -Aktiivista roolin ottamista hoitosuhteen luomisessa -Hyviä neuvoja, rohkaisua -Hyvää kielitaitoa -Lääkkeettömien hoitomuotojen tuntemusta -Jo Suomesta poistuneiden ja trooppisten sairauksien tuntemusta -Parempaa kommunikointikykyä, tiedonantamista ja sen ymmärtämisen varmistamista	Hoitohenkilökunnan asenteet ja ominaisuudet	Maahanmuuttajien toiveita terveydenhuollon palveluiden kehittämiseksi
-Tulkkien riittävä koulutustaso -Tulkkien riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon sanaston hallintaa -Hoitohenkilökunnan lisäkoulutus ulkomaalaisten hoitamisesta ja heidän kohtaamisesta -Hoitohenkilökunnalle kulttuurisen kompetenssin koulutusta -Yhteisötyöntekijöiden koulutus -Ulkomaalaistaustaisten henkilöiden koulutus sosiaali- ja terveysaloille	Koulutus	
-Vastaanottokeskuksen klinikan aukioloajan ja yksittäisen vastaanottoajan pidentäminen -Mahdollisuus saada omia terveystietolomakkeita omalla äidinkielellä -Mahdollisuus asioida omalla	Muuta	

äidinkielellä		
-Tulkkipalveluiden käytön lisäämistä kouluterveydenhuollossa		
-Samaa etnistä taustaa olevien ammattilaisten käyttö vastaanottokeskuksissa		
-Ulkomaalaistaustaisten hoitajien ja lääkäreiden työskentely työpareina		

7.2 Hoitohenkilökunnan näkökulmasta tehtyjen tutkimusten kuvailua

Adjekughele, Josephine 2002: Afrikkalaisten äitien kokemuksia suomalaisessa äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmässä. Laadullinen tutkimusraportti. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan laitos. Katso sivu 27.

Hassinen-Ali-Azzani, Tuulikki 2002: Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja: etnografiasomalialaisten terveyskäsityksistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Katso sivu 28.

Heiäng, Suvi - Karsikas, Sirpa - Lindström, Susanna 2001: Terveystietäjien käsityksiä valmiuksistaan kohdata raskaana oleva somalialainen nainen sekä hänen perheensä. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveydenhoitajien käsityksiä omista valmiuksistaan kohdata raskaana oleva somalialainen nainen sekä hänen perheensä äitiysneuvolavastaanotolla. Työssä kartoitettiin kohtaamiseen liittyviä ongelma-alueita ja kehittämishaasteita. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla kahtatoista terveydenhoitajaa Helsingin alueella; kolmea terveydenhoitajaa neljältä eri terveysasemalta. Haasteltavat valittiin tutkimukseen sen perusteella, että heillä oli kokemusta raskaana olevien somalialaisten kohtaamisesta. Haastattelut tehtiin teemahaastatteluin ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Usealla haastatelluista oli työkokemusta äitiysneuvolassa 8 - 12 vuotta ja viidellä alle 5 vuotta. Kahdella hoitajalla oli takanaan vain vähäinen työkokemus. Somaliasiakkaiden määrä oli terveydenhoitajilla hyvin vaihteleva alueesta ja vuosista riippuen. Joillakin hoitajilla oli asiakaina somalinalaisia jatkuvasti, toisilla taas saattoi olla pitkiäkin aikoja somaliasiakkaiden välissä.

Huumonen, Anne 2001: Maahanmuuttaja äitiyshuollon asiakkaana – Kätilöiden kokemuksia maahanmuuttajaäitien ja perheiden kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla kätilöiden kokemuksia maahanmuuttajaäitien ja perheiden kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta sekä selittää mitkä tekijät vaikuttavat myönteisesti ja mitkä kielteisesti kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen. Tutkimuksessa haastateltiin seitsemää synnytysosastolla työskentelevää kätilöä, joilla oli kokemusta maahanmuuttaja-asiakkaista. Iältään kätilöt olivat 40 - 50-vuotiaita ja heidän työkokemuksensa vaihteli 7 - 21 vuoden välillä. Haastattelu tehtiin teemahaastattelulla. Neljällä kätilöllä oli työkokemusta ulkomailta ja viidellä oli kokemusta maahanmuuttajista työn ulkopuolelta. Tutkimuksen tulokset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Huttunen, Raija 2006: Kulttuurinen kompetenssi gynekologisessa näytteenotossa Pro Gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tämän etnografisen tutkielman tarkoituksena oli kuvailla hoitotyöntekijöiden kokemuksia ja käsityksiä kulttuurisesta kompetenssista otettaessa gynekologisia irtosolunäytteitä maahanmuuttajanaisilta. Työn tarkoituksena oli tämän lisäksi selvittää hoitotyöntekijöiden kulttuurisen kompetenssin pätevydentaso Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin avulla. Tutkimukseen haastateltiin kymmentä hoitajaa, jotka ottavat päivittäin irtosolututkimuksia. Haastateltavat oli valittu tutkimukseen sen perusteella, että heillä oli kokemusta ja tietoa maahanmuuttajista. Tutkimusaineisto oli sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen. Haastattelu koostui teemahaastattelusta sekä Campinha-Bacoten IAPCC-R – mittarin kyselylomakkeeseen vastaamisesta. Analysointimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia sekä tilastointia.

Kuusio, Hannamaria 2000: Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa – hoitohenkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajapotilaista. Pro Gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Uskontotieteen laitos. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajapotilaista. Tutkimuksessa selvitettiin millä tavalla maahanmuuttajapotilaiden uskonnolliset ja kulttuuriset erot näkyivät käytännön hoitotyössä. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna ja siihen osallistui 5 kätilöä ja 4 sosiaalityöntekijää sekä 4 sairaalapappia. Haastateltavien kriteerinä oli, että heillä oli työkokemusta vähintään vuosi ja heillä oli ollut maahanmuuttaja-asiakkaita. Yksi kätilö sekä

kaksi sosiaalityöntekijää olivat saaneet työpaikkakoulutuksessa koulutusta kulttuurien kohtaamisesta. Opintojensa aikana kättilöt ja sairaalapapit eivät olleet saaneet koulutusta kulttuurien kohtaamisesta. Kättilöiden työkokemus oli 3 - 20 vuotta, sosiaalityöntekijöiden työkokemus 3 - 30 vuotta ja sairaalapappien työkokemus 3 - 25 vuotta. Aineisto analysoitiin pelkistämällä ja arvoituksia ratkaisemalla.

Pursiainen, Paula 2001: Terveystenhoitajan valmius hoitaa kulttuurin mukaisesti islamilaista maahanmuuttajaperhettä. Pro Gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää minkälaisia ovat terveydenhoitajien valmiudet hoitaa kulttuurinmukaisesti islamilaista maahanmuuttajaperhettä. Tutkimuksessa kuvattiin siihen osallistuneiden terveydenhoitajien kulttuurisen hoitamisen valmiutta, kun asiakkaana oli islamilainen maahanmuuttajaperhe. Tutkimuksessa haastateltiin kahdeksaa terveydenhoitajaa, joilla oli kokemusta islamilaista maahanmuuttajaperheistä. Haastattelumenetelmänä käytettiin avointa haastattelua ja analysointimenetelmänä induktiivista sisällönanalyysia. Kukaan haastatelluista ei ollut saanut opetusta kulttuuriseen hoitotyöhön opintojensa aikana. Haastateltavat olivat itse tai työnantajan järjestämänä hankkineet tietoa eri kulttuureista ja niiden tavoista sekä arvoista.

Silvennoinen, Paula 2000: Kulttuurinmukainen tarpeenmäärittäminen äitiysneuvolassa. Opinnäytetutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tutkimuksessa kuvattiin äitiysneuvolan terveydenhoitajien tarpeenmäärittäksen avulla maahanmuuttajaiden hoitosuunnitelmaan kartoittamia kulttuurisia tekijöitä. Aineisto koostui yhdestätoista äitiysneuvolassa työskentelevän terveydenhoitajan haastattelusta, joilla oli ollut asiakkaina maahanmuuttajia jo useiden vuosien ajan. Haastateltavat olivat iältään 30 - 60-vuotiaita ja työkokemus vaihteli muutamasta vuodesta yli kolmeen kymmeneen vuoteen. Haastatelluilla terveydenhoitajilla maahanmuuttajia asiakkaina oli noin 10 - 20 % asiakkaista ja eri kansallisuuksia noin 10 - 20 eri maasta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Luokitusrunko muodostettiin Leiningerin Auringon nousumallista ja Campinha-Bacoten hoitotyön kulttuurisen kompetenssin mallista, josta käytettiin terveydenhoitajan kulttuurista tietoisuutta ja maahanmuuttajan kohtaamista.

Tuokko, Tuula 2007: Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Pro Gradu -tutkielma Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyöntekijöiden kulttuurista kompetenssia heidän omien kokemustensa kautta. Tutkimusotteena oli etnografia ja tutkimukseen osallistujat olivat Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen opiskelijoita. Valintakriteerinä tutkimukseen oli, että vastaaja oli hoitotyöntekijä, jolla oli kokemusta vieraista kulttuureista tulleista asiakkaista. Aineisto kerättiin sähköpostitse teemahaastattelulla, jonka kysymykset perustuivat Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssi malliin. Vastanneita oli 19 opiskelijaa. Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin deduktiivis-induktiivista sisällönanalyysia. Lähtökohtana oli aluksi deduktiivinen ja analyysi eteni teema-alueittain. Sen jälkeen aineisto eteni induktiivisesti, aineistoon perustuen teemoittain.

Wathen, Marja 2007: Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Pro Gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa ja ymmärrystä miten eri kulttuureista tulevan tausta ilmenee potilasohjaustilanteessa perusterveydenhuollossa sairaanhoitajien kokemana. Tutkimuskysymyksenä mietittiin millaisia sairaanhoitajien kokemukset olivat maahanmuuttajien potilasohjauksesta Työssä painottui neljä eri osa-aluetta, jotka olivat asiakkuus, sairaanhoitajien valmiudet, kulttuuriset tekijät sekä potilasohjauksen haasteet. Tutkimuksessa haastateltiin kahden sairaalaosaston ja päivystysosaston sairaanhoitajia. Tutkimukseen osallistui 11 hoitajaa, joista 10 oli naisia ja yksi mies. Haastateltaviksi valittiin hoitajia, joilla oli kokemusta maahanmuuttajien potilasohjauksesta. 7 hoitajaa työskenteli perusterveydenhuollossa lääkäriasemalla ja 4 päivystysasemalla ja heistä kaikki yhtä lukuun ottamatta kohtasi maahanmuuttajia työssään päivittäin. Haastatelluista ei yksikään ollut saanut työpaikallaan monikulttuurisuuteen liittyvää koulutusta, mutta suurin osa heistä muisteli, että opiskeluaikoina olisi ollut joku opintojakso, joka käsitteli monikulttuurisuutta hoitotyössä. Tutkimuksen lähestymistapa oli induktiivinen ja aineiston analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia.

7.2.1 Hoitohenkilökunnan kokemuksia kieli- ja kommunikaatio-ongelmista

Kaikissa hoitohenkilökunnasta tehdyistä tutkimuksissa ilmeni, että kieli- ja kommunikaatio-ongelmat aiheuttivat suurimmat pulmatilanteet työskenneltäessä maahanmuuttajien parissa (Adjekughele 2002; Heiäng - Karsikas - Lindström 2001; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Huttunen 2006; Huumonen 2001; Kuusio 2000; Pursiainen 2000; Silvennoinen 2001; Tuokko 2007; Wathen 2007).

Kätilöt kokivat yhteisen kielen olevan tärkeä asia vuorovaikutustilanteissa. Kätilöitä pelotti maahanmuuttajien ensikohtaaminen, sillä heitä mietitytti se, millä kielellä he voivat kommunikoida asiakkaan kanssa. (Huumonen 2001.) Kielivaikeudet vaikuttivat siihen, että asiakkaan ohjaus jäi puutteelliseksi, jonka vuoksi hoitotyöntekijät kokivat turhautumista ja motivaation puutetta hoitosuhteen luomisessa. (Tuokko 2007.)

Vuorovaikutuksessa ja kommunikaatiossa terveydenhoitajat kokivat kiusalliseksi tilanteen, jolloin heidän lempeä ohjauksensa ei riittänyt vaan heidän täytyi toimia auktoriteettina. Terveydenhoitajat kertoivat tunnistavansa asiakkaan taustan vaikutukset kommunikaatioon liittyen. (Pursiainen 2001.) Kommunikoidessaan terveydenhoitajat käyttivät intuitiotaan. Hoitajat kokivat, että kommunikoinnin onnistumisella oli tärkeä merkitys hyvän hoitosuhteen luomiseen. Yhteisen kielen koettiin edistävän ja mahdollistavan asiakkaan hyvän hoidon. (Huttunen 2006; Silvennoinen 2000.)

Hoitohenkilökunnan mielestä yhteinen kieli ja näin ollen mahdollisuus kysyä potilaan toiveita ja mielipiteitä mahdollistivat sen, että häntä hoidettiin samalla tavalla kuin suomalaistakin potilasta. Maahanmuuttajien tarpeisiin pyrittiin vastaamaan yhtä hyvin kuin valtaväestöön lukeutuvien asiakkaiden tarpeisiin. Yksilölliset erot ilmenivät niin maahanmuuttajien kuin suomalaistenkin potilaidenkin kohdalla. Jotkut maahanmuuttajat saattoivat pyytää asioita, joiden toteuttamiseen hoitohenkilökunnalla ei ollut mahdollisuutta. (Kuusio 2000.)

Sairaanhoitajat kuvailivat maahanmuuttajien suomen kielen taitoa puutteelliseksi. Hoitajat kokivat, että monen vuosiakin Suomessa asuneen maahanmuuttajan kielitaito oli vajanaista. Erityisesti maahanmuuttajajanaisten kielitaitoa pidettiin heikkona. Maahanmuuttajien englanninkielentaito vaihteli kuitenkin riippuen siitä, miltä alueelta tai mistä maasta he tulivat. Ohjaustilanteissa hoitajat kuvasivat englannin kielen käytön olevan yleistä. (Wathen 2007.)

Potilasohjauksessa ilmeni usein molemminpuolisia ymmärtämisvaikeuksia. Hoitajat eivät aina voineet olla varmoja siitä, että asiakas ja hoitaja puhuivat samoista asioista. (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Kuusio 2000; Wathen 2007.) Vaikka asiakkaat olivat saaneet ohjausta samoihin vaivoihin useampaan kertaan, he tulivat samasta syystä herkästi takaisin, ja tällöin hoitajat totesivat, että ohjausta ei oltukaan ymmärretty (Wathen 2007). Maahanmuuttajat saattoivat usein nyökkäillä ymmärtämisen merkiksi, mutta silti sairaanhoitajille jäi epävarma olo, oliko asiakas kyennyt ymmärtämään annetut ohjeet (Kuusio 2000; Wathen 2007).

Hoitohenkilökunta toi esille sanattoman viestinnän, kuten ilmeiden ja eleiden tärkeän merkityksen sanallisen viestinnän tukena (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Huttunen 2006). Hoitajat kuvasivat, että somalialaisten sanaton viestintä kuten pään pyörittäminen ja suun naksuttaminen saivat heidät aluksi hämilleen ja aiheuttivat epävarmaa oloa. Ajan myötä hoitajat kuitenkin oppivat näiden olevan somalialaisten tapa vastata. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Kahdeksassa tutkimuksessa ilmeni, että hoitohenkilökunta käytti tulkkeja apuna jos kommunikointi oli muutoin mahdotonta (Heiäng - Karsikas - Lindström 2001; Huttunen 2006; Huumonen 2001; Kuusio 2000; Pursiainen 2000; Silvennoinen 2001; Tuokko 2007; Wathen 2007). Tulkin käyttö ei terveydenhoitajien mielestä ollut hankalaa, ja tieto tulkin käytön perusteista oli hyvin tiedossa (Pursiainen 2001). Yksi hoitaja totesi, että hoitotilanteiden tulkkaukseen liittyy kuitenkin vielä epäselviä asioita. Hoitajien mielestä olisi tärkeää löytää sopiva tulkki ja muistaa, että asiakas on keskeisessä roolissa ja tulkki taustalla vuorovaikutustilanteessa. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Hoitajien kokemusten mukaan virallisen tulkin saamista pidettiin hankalana (Kuusio 2000; Pursiainen 2000; Wathen 2007). Tulkkipalvelukseen ei voinut soittaa kaikkina kelloaikoina ja tietyn kielisiä tulkkeja sekä naistulkkeja oli ajoittain mahdotonta saada. Äkillisissä tilanteissa tarvittavaa puhelintulkkausta oli myös vaikeaa saada. Jos tulkkia tarvittiin, oli usein hankalaa sopia yhteinen aika tulkin, hoitajan ja asiakkaan kanssa. (Kuusio 2000; Wathen 2007.)

Muina syinä tulkkipalveluiden käyttöä hankaloittivat hoitajien mielestä tulkkipalveluksen työntekijöiden aikataulut sekä oikeaa murretta taitavan tulkin löytäminen. Terveydenhoitajilla oli usein huoli, siitä, että asiakkaat ymmärsivät ohjeet ja neuvot oikein. Myös tunteisiin liittyvien asioiden välittäminen tulkin kautta oli hoitajien mielestä ongelmal-

lista. Toisaalta islamilaisessa kulttuurissa nainen ei välttämättä kerro tunteistaan vieraalle ihmiselle eikä koe esimerkiksi synnytystä pelottavaksi asiaksi, josta pitäisi puhua. (Pursiainen 2001.)

Terveystenhoitajien mielestä tulkin sukupuolella on merkitystä, jos esimerkiksi joudutaan puhumaan aroista asioista, kuten kuukautisista. Tällaisissa tilanteissa vain naistulkki on sopiva. (Pursiainen 2001.) Kätilöt kertoivat, että maahanmuuttajapotilaat eivät pyytäneet aina naistulkkia, mutta olivat työssään oppineet, että musliminaisten kanssa asioiminen sujui luontevammin naistulkin välityksellä ja väärinkäsityksiä sattui harvemmin kuin miestulkkeja käytettäessä (Kuusio 2000).

Tulkkeja ei aina tilattu paikalle organisaation säästöjen takia, vaikka kommunikaatiossa kätilöiden ja maahanmuuttajien välillä olisi ollutkin ongelmia. Virallisten tulkkien tilaamista pyrittiin välttämään niiden korkean hinnan vuoksi. Yksi kätilö kertoi olevansa tyytymätön tulkkipalvelujen laatuun. Tähän vaikuttavana syynä oli vaikeus saada naistulkkia. Se, tuliko kaikki asiat selvitettyä tulkkien välityksellä, oli epäselvää. Kätilöiden mukaan virallisia tulkkeja käytettiin aiemmin enemmän kuin nykyään. Hoitajien ja potilaiden välistä kommunikointia koettiin helpottaneen kuitenkin se, että nykyisin useille maahanmuuttajille sairaaloiden käytännöt alkavat olla jo tuttuja asioita. (Kuusio 2000.)

Avovastaanotolle tulkkia ei saatu nopeasti, jolloin hoitajien oli turvauduttava muuhun kieleen tai joku potilaan saattajista toimi tulkkina. Jos ohjaus ei edennyt, hoitajat varasivat lääkäriajan ja soittivat tulkin mukaan. Joskus käytettiin konsultointiapuna myös toisten toimipaikkojen maahanmuuttajalääkäreitä. (Wathen 2007.) Myös maahanmuuttajataustaista henkilökuntaa käytettiin tulkkaamisessa hyväksi, jos sellaista oli saatavilla (Kuusio 2000).

Tarvittaessa jouduttiin käyttämään perheenjäsentä tulkkauksessa, jota pyrittiin kuitenkin välttämään. Hoitajat kokivat olevansa kykenemättömiä puuttumaan tilanteeseen, jossa esimerkiksi naisen aviomies toimi tulkkina. Näissä tilanteissa hoitajille jäi epävarmuus, sujuiko tilanne niin kuin piti. Hoitajat arvelivat, ettei nainen välttämättä paljastaisi miehelle asioita, joita olisi halunnut ottaa puheeksi terveydenhoitajan vastaanotolla. (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Kuusio 2000; Pursiainen 2001.) Kätilöt suhtautuivat varauksellisesti tilanteisiin, joissa mies oli tulkkina, jolloin viesti saattoi vääristyä. Tämä johtui siitä, että islamilaisessa kulttuurissa miehet ja naiset eivät voi puhua kaikista naisten intiimiasioista keskenään. Kätilöt kertoivat joutuneensa tilanteisiin, joissa joutuivat poh-

timaan musliminaisten tiedonsaannin riittävyttä. Sukulaisista ja tuttavista luotettavimpina tulkkeina kättilöt pitivät kulttuurin muita naisia. (Kuusio 2000.) Sairaanhoitajat kuvasivat joutuneensa käyttämään joissain tilanteissa lasta tulkkina, vaikka sitä ei yleisesti pidetty suotavana (Huttunen 2006; Wathen 2007). Tämänkaltaiset tilanteet koettiin kuitenkin ongelmalliseksi, sillä lapsen käsityskyky ei välttämättä ole vielä sillä tasolla, että hän ymmärtäisi kaikki ohjauksessa käytettävät käsitykset. Sairaanhoitajat halusivat, että tulkkina olisi mieluiten joku perheen ulkopuolinen jäsen. (Wathen 2007.)

Hoitajat kokivat yhdeksi ongelmaksi maahanmuuttajille jaettavan vieraskielisen materiaalin puutteellisuuden. Hoitajat toivoivat, että kirjallista materiaalia olisi työpaikoilla saatavilla enemmän, jotta he voisivat jakaa sitä suullisen ohjauksen tueksi. (Adjekughele 2002; Heiäng 2001; Wathen 2007.)

Neuvoloissa alle kouluikäisen lapsen vanhemmille annetaan opas lapsen iän mukaisesti, joka on saatavilla vain suomen- tai ruotsinkielisenä. Tämä on hoitajien mukaan puute ja heidän mielestään olisi tärkeää, että opaslehtiset olisi saatavilla ainakin venäjän, englannin, somalian, ja ranskan kielillä. Terveystieteiden hoitajien mukaan myös asiakkaiden terveyshistoriatiedot ovat tärkeitä, ja myös näihin tarkoitettut lomakkeet ovat saatavilla vain maan virallisilla kielillä. (Adjekughele 2002.)

TAULUKKO 13. Aineiston kategorioiden muodostaminen liittyen hoitohenkilökunnan kokemuksiin kieli- ja kommunikaatio-ongelmista analyysiaineiston valossa, n = 10.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Päälukokka
-Pelko kohdata vieraskielinen -Yhteisen kielen puute -Ymmärtämisvaikeudet -Ilmeet ja eleet -Kulttuurierot -Tunneasioiden välittymisen hankaluus tulkin välityksellä -Sukulaisen käyttäminen tulkkina	Luottamuksellisuus	Kieli- ja kommunikaatio-ongelmiin liittyvät asiat
-Ulkomaankielisen materiaalin vähäisyys -Suullisen viestinnän apuväline	Kirjallinen materiaali	

-Auktoriteetti	Hoitohenkilökunta	
-Intuitio		
-Konsultointiapu	Ulkopuoliset tekijät	
-Tulkin saamisen hankaluus		
-Naistulkin saamisen vaikeus		
-Organisaation säästöt		

7.2.2 Hoitohenkilökunnan kokemuksia kulttuurienvälisistä eroista ja niiden vaikutuksesta hoitotyöhön

Sairaanhoitajat kokivat, että maahanmuuttajille perhe on tärkeä ja vanhemmista ihmisistä pidetään hyvää huolta. Nuoria monilapsisia perheitä kuvattiin olevan asiakkaina paljon. Perheen monimuotoisuus näkyi sairaanhoitajien mielestä muun muassa siinä, etteivät maahanmuuttajat tulleet vastaanotolle usein yksin vaan suuremmissa joukoissa. (Wathen 2007.)

Maahanmuuttajapotilaiden luona kävi enemmän vieraita ja heitä saattoi tulla suurikin määrä kerrallaan osastolla (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Kuusio 2000). Osa hoitajista kuvasi suuren vierailijamäärän olleen aiemmin ongelma. Vieraita saattoi tulla illansuussa ja joskus he saattoivat kuunnella musiikkia myöhään. Nykyisin kuitenkin maahanmuuttajapotilaat pyrkivät noudattamaan vierailuaikoja tai tapaavan vieraitaan kahvilassa (Kuusio 2000). Suuriin vierasmääriin ei kuitenkaan aina uskallettu suoraan puuttua osastolla, vaan apua pyydettiin avoterveydenhuollon puolelta (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Kätilöiden mukaan muslimien vuorokausirytmä oli enemmän ilta- ja yöpainotteista suomalaisiin nähden (Kuusio 2000). Suomalaisten ja afrikkalaisten aikakäsityksen erilaisuus aiheuttikin monesti ongelmia vastaanottoajoissa (Huttunen 2006; Pursiainen 2001; Silvennoinen 2001). Terveystenhoitajat kuvasivat aamuvastaanottoaikojen olevan hankalia ja kuvasivat maahanmuuttajia vähemmän täsmällisiksi suomalaisasiakkaisiin verrattuna (Pursiainen 2001). Terveystenhoitajat kertoivat, että maahanmuuttajat eivät tulleet aina sovittuina aikoina, mutta ilmaantuivat usein paikanpäälle myöhemmin (Silvennoinen 2000).

Hoitajat miettivät usein naisen alistettua asemaa islamilaisessa kulttuurissa. Hoitajat kertoivat havainneensa, että maahanmuuttajaperheissä mies oli usein puhujana ja vaimo hiljaa. Tämä aiheutti hoitohenkilökunnassa hämmennystä. Jotkut hoitajat tunsivat sääliä ja myötätuntoa vaimoja kohtaan. (Silvennoinen 2000; Wathen 2007.) Moniavioisuus tuli myös esille terveydenhoitajien kohdatessa maahanmuuttajapariskuntia vastaanotoillaan. Tämä näkyi esimerkiksi siten, että sama isä käytti eri vaimojaan terveydenhoitajien vastaanotolla. Terveydenhoitajissa tämä aiheutti hämmennystä. Hoitajat kuvailivat seka-avioliittojen aiheuttavan ristiriitaa, sillä islamilaisessa kulttuurissa miesten ja naisten roolit olivat hyvin erilaisia verrattuna länsimaiseen kulttuuriin, jossa erot nykypäivänä ovat hyvin kapeita. (Pursiainen 2001.)

Terveydenhoitajat eivät kyselleet asiakkaan uskonnollisia taustoja. Näin kuvattiin toimittavan myös suomalaisten asiakkaiden kohdalla. Uskonnollisuus tuli ilmi vastaanotoilla vain silloin kun asiakas toi sen itse esille. Islaminuskoisten asiakkaiden uskonnollisuus oli hyvin monimuotoista ja se näkyi myös vastaanotolla. Jotkut toivat uskonsa selvästi ilmi, toiset taas eivät. (Pursiainen 2001.)

Maahanmuuttajanaiset peittävät usein huivilla päänsä niin etteivät hiukset näy ja jotkut peittävät kasvonsakin. Sairaanhoidtajien kokemuksiin pohjautuen maahanmuuttajanaiset eivät mielellään ota huntua päästään pois edes tutkimuksia varten. (Wathen 2007.) Suurin osa musliminaisista käytti huntua sairaalassa. Omissa huoneissa naiset eivät välttämättä sitä pitäneet (Kuusio 2000). Yksi uskonnollisuuteen liittyvä asia on hoitohenkilökunnan mukaan verensiirrosta kieltäytyminen. (Wathen 2007.)

Koska perheen asioista puhuminen ei kuulu islamilaiseen kulttuuriin, oli terveydenhoitajien vaikea saada selville suvun sairauksista tai lasten kasvatuksesta kotona. Kulttuurista ja siihen liittyvistä asioista terveydenhoitaja saattoi kuitenkin keskustella perheiden kanssa ja he kokivat sen mielenkiintoisena ja työtä rikastuttavana. Terveydenhoitajat kokivat perheiden luokse tehtävät kotikäynnit myönteisinä kokemuksina. Tällöin oltiin perheen omalla maaperällä ja saatiin hyvä mahdollisuus tutustua perheisiin ja heidän tapoihinsa. (Pursiainen 2001.)

Kulttuurisidonnaisten tapojen nähtiin vaikuttavan maahanmuuttajien käyttäytymiseen ja hoitotyöntekijän reagointiin maahanmuuttaja-asiakkaiden kohdalla. Hoitotyöntekijöiden mukaan kulttuuriset erot tulivat esille gynekologisessa näytteenotossa niin, että vieraista kulttuureista tulevat suhtautuivat näytteenottoon häveliäämmin kuin suomalaisasiak-

kaat. Erään hoitohenkilön mukaan suomalaiset kysyvät maahanmuuttajia enemmän seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja seksuaalisuuteen suhtautuminen on eri kulttuureissa hyvin erilaista. (Huttunen 2006.)

Naispotilaalle pyrittiin tilaamaan naislääkäri (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Wathen 2007). Aina ei ollut mahdollista saada naislääkärää, vaikka asiakas olisi sitä pyytänytkin. Tällöin naishoitajan täytyi olla paikalla mieslääkärin tutkiessa naista. Hoitajat kuvailivat joskus tilanteen ongelmalliseksi jos asiakkaan piti riisua vastaanotolla, koska tällöin hoitajan täytyi pyytää miestä poistumaan huoneen ulkopuolelle, koska naiset eivät voineet riisuutua miehen läsnä ollessa. (Wathen 2007.)

Maahanmuuttajien temperamenttisuuden kohdalla näkyvämmiksi piirteiksi koettiin käytöserot eri kulttuuriryhmien välillä. Somalialaisasiakkaat koettiin kovaäänisemmiksi. (Kuusio 2000; Wathen 2007.) Joskus sairaanhoitajat kokivat kohtaamistilanteet jopa uhkaavina (Wathen 2007). Näkyvimmiksi ulkonaisiksi eroiksi suomalaisasiakkaisiin verrattuna kättilöt kuvasivat etenkin musliminaisten pukeutumista ja ruokailuun liittyviä tapoja sekä ihonväriä (Kuusio 2000).

Hoitohenkilökunta kuvaili myös eri kulttuureissa esiintyviä eroja sairauden ja hoitoprosessien kokemisessa. Toiset olivat kipuherkempiä kuin toiset ja ilmaisivat kivun esiintymistä voimakkaammin. (Huttunen 2006; Kuusio 2000; Wathen 2007.) Kättilöiden mielestä eri kulttuureissa on omat käsityksensä sairauksista ja niiden luokituksista (Kuusio 2000). Hoitohenkilökunta koki somalialaisten terveyspalveluiden käytön olevan runsasta, ja hakeutuvan vastaanotolle pienien vaivojen takia. (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Wathen 2007.) Somalialaiset saattoivat myös joskus hakeutua suoraan sairaaloihin (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Hoitohenkilökunta kuvasi, että somalialaiset miehet saattoivat tulla vastaanotolle hakemaan apua vaimonsa väsymykseen ja masennukseen, mutta eivät halunneet tuoda esille omaa jaksamistaan ja traumaattisia kokemuksiaan (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Kättilöiden ja terveydenhoitajien mielestä somalialaisäideillä sujui vauvojen hoito suomalaisäitejä paremmin (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Kuusio 2000). Kättilöiden kokemuksen mukaan somalialaisäidit veivät kuitenkin vauvansa lastenhoitajien hoitoon lapsivuodeosastolla useammin verrattuna suomalaisäiteihin ja olivat vähemmän motivoituneita imettämään lasta heti synnytyksen jälkeen. (Kuusio 2000.)

Kätilöt kertoivat myös, että yhtenä ongelmana somalialaisvauvojen kohdalla oli ettei heille saanut antaa muiden äitien maitoa, koska somalialaisten uskomuksen mukaan vauvoista tulee niin sanotusti maitosisaruksia. Tämä tarkoittaa sitä, että he eivät voi myöhemmin avioitua keskenään. Muslimilasten varalta osastolla säilytettiin äidinmaidonkorviketta. (Kuusio 2000.)

Somaliperheiden suhtautuminen perhesuunnitteluun oli hyvin vaihtelevaa hoitohenkilökunnan mukaan. Toiset perheistä hyväksyivät ehkäisyn ja käyttivät sitä, toiset taas eivät. Tähän vaikuttaviksi seikoiksi terveydenhoitajat kuvasivat perheen taustan ja koulutustason. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Terveydenhoitajat eivät kokeneet pystyvänsä hyväksymään kaikkia kulttuurisia tapoja. Esimerkiksi tästä terveydenhoitajat mainitsivat lasten kasvatukseen liittyvän ruumiillisen kurituksen, jonka terveydenhoitajat joutuivat ottamaan toisinaan puheeksi. Hoitajat kertoivat maahanmuuttajille, että lasten ruumiillinen kuritus on Suomessa lailla kielletty. Ongelmalliseksi koettiin myös kertominen rajojen asettamisesta lapselle, sillä hoitajat eivät tienneet kuinka kotona asian suhteen toimittiin. (Pursiainen 2001.)

Terveydenhoitajat eivät hyväksyneet ympärileikkausta ja toivat maahanmuuttajien kanssa keskustellessaan esille sen ettei Suomessa tehdä tyttölapsille ympärileikkauksia (Pursiainen 2001; Silvennoinen 2000). Ympärileikatuilla äideillä kuvattiin usein esiintyvän virtsatietulehduksia raskauden ja synnytyksen aikana. Myös toipuminen synnytyksen jälkeen kesti yleensä pidempään (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Silvennoinen 2000.) Myös gynekologisessa näytteenotossa ympärileikkaus saattoi aiheuttaa ongelmia. Näytteenotossa työskentelevä hoitohenkilökunta kuvaili ympärileikatulta naiselta otettavan näytteenoton olevan vaativaa ja ettei se aina onnistunut. (Huttunen 2006.)

Ympärileikkauksesta puhuminen asiakkaan kanssa koettiin vaikeaksi ja aihetta pidettiin hyvin arkaluontoisena. Useamman raskauden jälkeen äidit olivat tulleet jo tutuiksi terveydenhoitajille, jolloin oli helpompaa keskustella ympärileikkauksesta. (Silvennoinen 2000.) Henkilökunnan mukaan vanhempien maahanmuuttajajanaisten oli vaikea puhua näistä vaivoista kun taas nuoret naiset puhuivat asioista jo avoimemmin. (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

TAULUKKO 14. Aineiston kategorioiden muodostaminen liittyen hoitohenkilökunnan kokemuksiin kulttuurien välisistä eroista ja niiden vaikutuksesta hoitotyöhön analyysi-aineiston valossa, n = 6.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääloukka
-Pukeutuminen -Ihonväri	Ulkonäkö	Hoitohenkilökunnan kokemuksia kulttuurienvälistä eroista ja niiden vaikutuksesta hoitotyöhön
-Erilainen vuorokausirytmä ja aika-käsite -Kasvatustottumukset -Kipuherkkyys -Sairaus ja terveyskäsitte -Temperamenttiero -Häveliäisyys -Ympärioleikkaus -Perheen asioista vaikeutuminen -Ruokailu -Naisen asema	Kulttuurisidonnaiset tavat	
-Perhemerkityksen korostuminen -Laaja käsite perheestä -Runsas yhteydenpito ja vierailut	Yhteisöllisyys	
-Vastaanotolle herkästi -Tiheät käynnit -Naiselle naislääkäri -Sukulaiset/tuttavat tulkeina	Vastaanottokäytäntöjä	

7.2.3 Hoitohenkilökunnan kokemuksia ongelmakohdista maahanmuuttajien parissa työskenneltäessä

Neljässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta koki ajankäytön ongelmalliseksi työskenneltäessä maahanmuuttajien parissa (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Huttunen 2006; Pursiainen 2001; Wathen 2007). Terveystenhoitajat varasivat usein enemmän aikaa maahanmuuttaja-asiakkaille. Kiire ja ajanpuute kuitenkin verottivat maahanmuuttajaperheiden kohtaamista ja terveydenhoitajat kokivat etteivät voineet tarpeeksi syvästi perehtyä maahanmuuttajaperheiden tilanteisiin (Pursiainen 2001.) Sairaanhoidajat kokivat, että maahanmuuttaja-asiakkaiden ohjaus vie enemmän aikaa. Haavahoidon ohjaus, uuden

lääkityksen aloittaminen ja jatkohoitoon ohjaus koettiin myös aikaavieviksi. (Wathen 2007.)

Tilanahtaus koettiin ongelmaksi, koska potilasohjauksessa oli usein mukana maahanmuuttajien saattajat. Levoton ympäristö ja hälinä koettiin ohjaustilannetta häiritseväksi tekijäksi. Huoneiden sijainti ei aina ollut sairaanhoitajien mielestä paras mahdollinen, koska äänet kantautuvat muualle. Myös usean saattajan läsnäolon epäiltiin häiritsevän potilaan keskittymistä varsinaiseen ohjaukseen (Wathen 2007.)

Se millainen maahanmuuttajan koulutustausta koettiin vaikuttavan hänen ohjaukseensa ja neuvontaansa. Täysin luku- ja kirjoitustaidoton ihminen tarvitsee tarkemmat ohjeet ja neuvot. Terveystenhoitajat myönsivät, että saattoivat joskus unohtaa, että maahanmuuttajalla voi olla korkeakin koulutustausta. (Pursiainen 2001.)

Sairaanhoitajien kertoman mukaan heidät leimattiin helposti rasisteiksi tilanteissa, jolloin asiat eivät sujukaan maahanmuuttaja-asiakkaan toivomalla tavalla. Sairaanhoitajilla ilmeni myös kokemuksia, joissa maahanmuuttajat nimittelivät heitä. (Wathen 2007.) Maahanmuuttajat saattoivat kättilöiden mukaan myös tulkita tietyt sairaaloiden rutiinit rasismiksi vaikka kysymys olisikin jostain muusta. Esimerkkinä tällaisesta tilanteesta on muun muassa tapaukset, jolloin maahanmuuttaja-potilaalla on ollut paljon vieraita ja kättilö on kehottanut, että potilas ja hänen vieraansa olisivat mieluummin aulassa kuin potilashuoneessa. (Kuusio 2000.)

Kättilöt kokivat joidenkin suomalaispotilaiden suhtautuvat rasistisesti maahanmuuttajiin. Esimerkkinä tästä kättilöt mainitsivat tilanteen, jolloin suomalaispotilas ei ollut suostunut olemaan samassa huoneessa maahanmuuttaja-potilaan kanssa. (Kuusio 2000.)

Terveystenhoitajat huomasivat maahanmuuttajaäitien keskuudessa ilmenevän yksinäisyyttä. Usein maahanmuuttajilla ei ollut ainoatakaan suomalaista ystävää. Terveystenhoitajat pohtivat, että ajan myötä maahanmuuttajien asetuttua pysyvästi asumaan Suomeen myös maahanmuuttajaäidit tulisivat enemmän itsenäisemmiksi (Silvennoinen 2000.)

Pakolaisuus ja sen aiheuttamat ongelmat olivat yksi aihe, jonka terveystenhoitajat kokivat vaikeaksi. Pakolaisuuden aiheuttamien ongelmien ymmärtämisessä koettiin vaikeuksia silloin kun asiakkaan pakolaisuuden kokemuksista ei ollut tietoa. Terveystenhoitajat halusivat ymmärtää ja tukea asiakasta, mutta psyykkisten ongelmien selvittelyä he

eivät halunneet tehdä. Islamilaisessa kulttuurissa perheen tai omien henkilökohtaisten asioiden puhuminen ei ole suotavaa ulkopuolisille henkilöille, joka aiheutti terveydenhoitajien mielestä ristiriitatilanteen pakolaisuuden kanssa. Tällöin stressi aiheutti tarpeen saada tukea ja apua tilanteeseen. Terveystenhoitajat luottivat kuitenkin siihen, että asiakkaat selviytyivät suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. (Pursiainen 2001.)

TAULUKKO 15. Aineiston kategorioiden muodostaminen liittyen hoitohenkilökunnan kokemuksiin ongelmakohdista maahanmuuttajien parissa työskenneltäessä analyysiaineiston valossa, n = 6.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Päälukokka
-Tilanahtaus -Levoton ympäristö -Kiire -Ajanpuute	Aika ja paikka	Hoitohenkilökunnan kokemuksia ongelmakohdista maahanmuuttajien parissa työskenneltäessä
-Koulutustausta -Suomalaisasiakkaiden rasismi maahanmuuttajia kohtaan -Yksinäisyys -Hoitajien leimaaminen rasistiseksi -Pakolaisuus	Maahanmuuttaja-asiakkaisiin liittyvät asiat	

7.2.4 Hoitajien tietoisuus ja valmiudet kulttuuriseen kohtaamiseen

Merkittäväksi tietoisuuden haasteeksi hoitohenkilökunta koki kulttuurieroista johtuvat hämmentävät tilanteet hoitotyössä. Hoitajien tietoisuutta herättäviä seikkoja olivat muun muassa työntekijässä negatiivisia tunteita herättävät tilanteet, työtovereiden ennakkoluuloisuus ja suvaitsemattomuus sekä hoitotyön rasittavuus eri kulttuurista tulevan asiakkaan hoitotyössä. (Kuusio 2000.)

Terveystenhoitajien oman kulttuuri-identiteetin ilmeneminen tuli esille ja joutui koetukselle hoitajien kohdatessa vieraista kulttuureista tulevia asiakkaita (Silvennoinen 2001). Terveystenhoitajat kokivat tunnistavansa omia stereotyyppisiä käsityksiään islamilaiskulttuurista. Niiden tiedostaminen mahdollisti sen, että kohtaaminen ei ollut stereotyyppistä ja etnosentristä. Hoitajat kuvasivat yleisimmiksi islamilaiseen kulttuuriin liittyviksi stereotypioikseen maahanmuuttajien aggressiivisuuden, mustasukkaisuuden ja naisen

alistetun aseman. Terveystenhoitajat käsittivät etteivät ne ole kulttuuriin vaan yksilöihin liittyviä ominaisuuksia (Pursiainen 2001.)

Hoitohenkilökunta koki, että kulttuuritietoutta hoitotyössä pitää kehittää. He kokivat, että mitä enemmän vieraista kulttuureista tietää, sitä helpompi on kohdata maahanmuuttaja-asiakkaita ja ymmärtää heidän tapojaan ja käytöstään paremmin. (Huumonen 2001; Huttunen 2006.) Vanhempien kättilöiden mielestä nuoret kättilöt olivat varmempia kohtaamaan maahanmuuttajia ja että kielitaito, kansainvälisyys ja ulkomaanharjoittelut olivat eduksi näissä asioissa (Huumonen 2001). Kulttuurinen huomioiminen mahdollisti hoitajien mukaan hyvän yhteistyön ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen. Se auttaa heidän mukaansa asiakkaan kohtaamista ja tunnistamaan asiakkaan kulttuuriin kuuluvia uskomuksia ja tapoja. (Tuokko 2007.)

Maahanmuuttajien potilasohjauksessa sairaanhoitajat käyttivät monipuolisia ohjausmenetelmiä. Demonstroinnin todettiin olevan hyvä menetelmä ongelma-alueiden selvittämiseen ja hoito-ohjeiden antamiseen. Ilmeet ja eleet olivat hyödyllisiä etenkin silloin kun yhteistä kieltä ei löytynyt. Kuvallisen materiaalin antaminen sanallisen ohjauksen tukena koettiin hyväksi. Sairaanhoitajat kokivat myös, että kirjallisten ohjeiden läpikäyminen yhdessä asiakkaan kanssa oli hyödyllistä. Sairaanhoitajat kertoivat, että esiintyi myös tilanteita jolloin asiakas soitti suomenkielentaitoiselle tuttavalleen ja antoivat puhelimen hoitajalle saadakseen tilanteesta paremmin selkoa. Toistaminen on myös ollut yleinen ohjausmenetelmä maahanmuuttajien potilasohjauksessa. Toistamisen avulla hoitohenkilökunta varmisti maahanmuuttajien ymmärtävän annetun ohjeistuksen. (Watten 2007.)

Terveystenhoitajat halusivat kohdata asiakkaan ensisijaisesti ihmisenä, riippumatta hänen etnisestä tai kulttuurisesta taustastaan. Luottamus ja toisen ihmisen kunnioittaminen koettiin tärkeäksi hyvässä asiakassuhteessa. Terveystenhoitajat kokivat, että kun asiakas luottaa hoitajaansa hän uskaltaa tulla neuvolaan hakemaan apua ja neuvoja. Luottamuksen kuvattiin näkyvän miellyttävänä ilmapiirinä ja siinä, että asiakkaan oli helppo tulla vastaanotolle. Hoitohenkilökunta koki tärkeäksi asiakkaiden tasa-arvoisen kohtelun. (Huttunen 2006; Pursiainen 2001.) Kaikkia asiakkaita haluttiin hoitaa tasapuolisesti, mikä ei kuitenkaan tarkoittanut samanlaista hoitoa vaan yksilöllisten tarpeiden huomiointia. Joustavuus, avoimuus, kulttuurien kunnioittaminen ja tilanteenmukaisuus koettiin myös tärkeäksi. (Pursiainen 2001.)

Perheen huomioimista pidettiin oleellisena ja luontevana osana hoitotyötä, mutta sen huomioiminen koettiin vaikeammaksi kuin pelkästään äidin huomioiminen vastaanotolla. Rauhaton vastaanottotilanne saattoi heikentää terveydenhoitajan omia kykyjä tilanteessa. Terveydenhoitajien ennakoasenteet somalialaisia kohtaan saattoivat vaikuttaa myös osaltaan tilanteisiin. Terveydenhoitajat toivoivat lisää koulutusta liittyen maahanmuuttajuuteen perheenhoitotyön näkökulmasta, jotta he saisivat paremmat valmiudet koko perheen kohtaamiseen (Heiäng ym. 2001.)

Moni äitiysneuvolassa työskentelevä terveydenhoitaja koki omat valmiutensa somalialaisen raskaana olevan naisen kohtaamiseen hyviksi tai riittäviksi. Terveydenhoitajat kuvailivat somalialaisten äitien kohtaamisten helpottuneen, mitä enemmän heitä oli tavannut ja kokemusten karttumisen myötä. Työntekijät, jotka kohtasivat työssään harvemmin somalialaisia, kokivat kohtaamiset vaikeammaksi kuin työntekijät, jotka kohtasivat somalialaisnaisia viikoittain. Kohtaamisia ovat helpottaneet kokemusten ohella myös kieliongelmien vähentyminen, joka on edistänyt neuvontatilanteiden onnistumista. Terveydenhoitajien valmiudet kulttuuriseen kohtaamiseen ovat hyvin eri tasoiset. Työkokemus antoi enemmän valmiuksia kohdata vieraasta kulttuurista tulevia asiakkaita. (Heiäng ym. 2001.)

Kuudessa tutkimuksessa ilmeni, että hoitohenkilökunta koki valmiutensa kulttuuriseen hoitotyöhön osittain heikoiksi ja kaipasivat aiheesta lisäkoulutusta (Heiäng ym. 2001; Huttunen 2006; Huumonen 2001; Kuusio 2000; Pursiainen 2001; Silvennoinen 2000). Moni hoitaja koki tarvitsevansa vielä lisää tietoa somalialaisasiakkaiden kohtaamisesta omien valmiuksiensa parantamiseksi. Terveydenhoitajien valmiuksiin vaikuttivat kokemusten lisäksi myös terveydenhoitajien luonteenpiirteissä ilmenevät erot. Valmiuksiin vaikuttavat siis monet seikat, joten ei voida varmuudella sanoa, mitkä seikat ovat somaliasiakkaiden määrästä johtuvia ja mitkä taas selitettävissä yksilöllisillä persoonallisuuden piirteillä (Silvennoinen 2000.)

TAULUKKO 16. Aineiston kategorioiden muodostaminen liittyen hoitohenkilökunnan tietoisuuteen ja valmiuteen kulttuuriseen kohtaamiseen analyysiaineiston valossa, n = 8.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Päälukokka
-Ennakkoluulot -Kielivaikeudet -Hämmäntävät tilanteet -Työkavereiden suvaitsemattomuus -Etnosentrisyys -Puutteellinen motivaatio -Kulttuurisen koulutuksen puute	Tietoisuuteen ja valmiuksiin negatiivisesti vaikuttavat asiat	Hoitajien tietoisuus ja valmiudet kulttuuriseen kohtaamiseen
-Vuorovaikutus -Tasa-arvoinen kohtelu -Luottamus -Kokemus -Perheen huomioiminen -Oman kulttuuri-identiteetin tietämys -Omien asenteiden tunnistaminen -Monipuoliset ohjausmenetelmät -Kirjallinen materiaali ohjauksen tukena -Asiakkaan kulttuuritaustan huomiointi -Työkokemus	Tietoisuuteen ja valmiuksiin positiivisesti vaikuttavat asiat	
-Luonteenpiirteet	Hoitohenkilöstä itsestään johtuvat asiat	

7.2.5 Hoitohenkilökunnan asenteet

Se millainen työntekijän oma asenne ja yleinen suhtautuminen maahanmuuttajaäiteihin on, vaikutti kohtaamistilanteisiin. Kätilöiden mielestä maahanmuuttajien täytyisi itse tehdä töitä asioiden eteen, kuten sopeutumiseen ja kielenoppimiseen. Hoitajat halusivat maahanmuuttajien ymmärtävän ja puhuvan suomen kieltä paremmin. Kätilöt toivat ilmi, että kohtaamistilanteeseen vaikutti myös se, mistä kulttuurista maahanmuuttajaäiti perheineen oli kotoisin. Esimerkiksi venäläiset ja virolaiset maahanmuuttajaäidit olivat

heidän mielestään helpompia kohdata, koska heidän ja meidän suomalaisten kulttuurit ovat lähempänä toisiaan kuin esimerkiksi islamilainen kulttuuri. (Huumonen 2001.)

Hoitotyöntekijät kokivat oman positiivisen asenteen vieraasta kulttuurista tullutta asiakasta kohtaan sekä avoimuuden kohdata eri kulttuureista tulevia vahvistavan omaa kulttuurista tietoisuuttaan. Myös hoitotyöntekijän kontaktit eri kulttuureihin, kohteliaisuus toisen kulttuuria kohtaan sekä yksilön kunnioittaminen ja arvostaminen vahvistivat hoitotyöntekijöiden tietoisuutta. (Huttunen 2006; Tuokko 2007.)

Terveydenhoitajien työkokemus maahanmuuttajaäitien kanssa vaikutti myös heidän asenteisiinsa. Mitä enemmän kokemusta heillä oli maahanmuuttajaäideistä sitä positiivisemmaksi he maahanmuuttaja-asiakkaat ja vieraan kulttuurin kokivat. (Heiäng ym. 2001.)

Hoitohenkilökunta kuvaili, että heidän käytöksensä tulee olla asiallista ja kunnioittavaa asiakasta kohtaan (Huttunen 2006). Haastateltujen hoitajien mukaan hoitajien suhtautumisessa saattaa esiintyä vastenmielistä asennetta, eriarvioista kohtelua ja ennakkoluuloja ja asenteita maahanmuuttaja-asiakkaita kohtaan, jotka edellyttävät hoitotyöntekijöiden mukaan panostamista käyttäytymiseen (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Huttunen 2006) .

Osa terveydenhoitajista kertoi huomioineensa, että hoitohenkilökunnan keskuudessa ilmeni puutteita asiakkaiden kulttuurin kunnioituksessa. Tämä näkyi muun muassa siten, että henkilökunta saattoi määräillä asiakasta. Muita hoitohenkilökunnassa ilmeneviä etnosentrisiä asenteita olivat asiakkaan puolesta vastaaminen, tulkkaustilanteiden sensuroiminen ja huono suomen kielen käyttö. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.) Hoitohenkilökunta vertasi usein myös valtaväestöä maahanmuuttajiin. Useat hoitajat toivat esille oman maamme tapojen paremmuutta kuin myös naisen parempaa asemaa suomalaisessa kulttuurissa. (Silvennoinen 2001.)

TAULUKKO 17. Aineiston kategorioiden muodostaminen liittyen hoitohenkilökunnan asenteisiin analyysiaineiston valossa, n = 6.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Päälukokka
-Maahanmuuttajien kulttuuritausta	Asenteisiin vaikuttavia tekijöitä	Hoitohenkilökunnan asenteet
-Maahanmuuttajien kielitaito		
-Positiivisuus	Positiiviset asenteet	
-Avoimuus		
-Asiallisuus		
-Kunnioittaminen		
-Eriarvoinen kohtelu	Negatiiviset asenteet	
-Kunnioituksen puute asiakkaan kulttuuria kohtaan		
-Ennakkoluulot		
-Asiakkaan puolesta vastaaminen		
-Tulkkaustilanteen sensuroiminen		

7.2.6 Hoitohenkilökunnan mielipiteitä kulttuurisesta hoitotyöstä

Kahdeksassa tutkimuksessa ilmeni, että hoitohenkilökunta koki maahanmuuttajien parissa työskentelyn rikkautena. Työn koettiin antavan heille paljon ja lisänneen erilaisuuden hyväksymistä. (Heiäng ym. 2001; Huumonen 2001; Huttunen 2006; Kuusio 2000; Pursiainen 2001; Silvennoinen 2000; Tuokko 2007; Wathen 2007.)

Terveystenhoitajat kuvasivat haluavansa hoitaa asiakkaitaan kulttuurinmukaisesti. Päättävöitteenaan terveydenhoitajat pitivät asiakkaiden tyytyväisyyttä ja kokemusta siitä, että asiakkaat saivat neuvolasta sen, mitä tulivat sieltä hakemaan. Terveystenhoitajat halusivat kunnioittaa asiakkaidensa kulttuurisia tapoja ja arvostivat sitä, että maahanmuuttajat halusivat säilyttää ja siirtää ne seuraaville sukupolville. Hoitajien mielestä osallistuminen kulttuuristen tapojen säilyttämiseen ei horjuttanut heidän ammatillisuuttaan. (Pursiainen 2001.)

Somalinaiset ottivat neuvolaan yhteyttä raskauden aikana ja käyttivät neuvolapalveluja hoitohenkilökunnan mukaan hyvin. Henkilökunnan kokemus oli, että somalinaiset suhtautuivat raskauteen ja synnytykseen luonnollisesti ja rauhallisesti, eivätkä ottaneet asiasta turhia paineita. Synnyttämään somaliperheet menivät hoitohenkilökunnan mukaan mielellään ja kokivat sairaalaympäristön turvallisena. Somalialaisten isien osallistumista

synnytyksiin pidettiin positiivisena. Hoitohenkilökunta kuvaili myös, että somalalaiset kestivät hyvin synnytyskivun ja pitivät sitä luonnollisena asiana. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Hoitohenkilökunnan mielestä somalialaisasiakkaat olivat ystävällisiä, huumorintajuisia, kohteliaita ja elämänmyönteisiä ihmisiä. Kanssakäyminen heidän kanssaan oli henkilökunnan mielestä helppoa ja avointa. Yhdeksi erityispiirteeksi somalimiehille hoitohenkilökunta mainitsi tietynlaisen ehdottomuuden. Tämän arveltiin johtuvan sanavaraston vähyydestä, jolloin sanojen painoarvo saattoi olla toisenlainen kuin suomalaisilla. Somalialaiseksi piirteeksi kuvattiin myös se, että he eivät helposti näytä tunteitaan eivätkä myönnä jos eivät ole ymmärtäneet ohjeita. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Ainoastaan yhdessä tutkimuksessa hoitohenkilökunta kertoi kokeneensa somaliperheissä vanhempien välisen suhteen olevan varsin tasa-arvoinen. Hoitajien mukaan somalimiehet huolehtivat lämpimästi perheistään. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Somalimpiesten sopeutumista muutoksiin vieraassa maassa pidettiin nopeana. Somali-
miesten kuvattiin toimineen vaimojensa tulkkeina ja perehdyttäneen heidät suomalaisiin palvelujärjestelmiin. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Sairaanhoitajat kertoivat vuorovaikutustilanteiden herättävän myös heissä epävarmuutta ja syyllisyyden tunteita, sekä myös pelkoa ja uhatuksi tulemisen tunteita. Uhkaaviksi sairaanhoitajat kokivat jotkut maahanmuuttajamiehet. Osa sairaanhoitajista kertoi myös tunteneensa ajoittain väsymystä kohdatessaan maahanmuuttaja-asiakkaita. Tämä johtui samojen asiakkaiden toistuvista käynneistä vastaanotolla muun muassa nuhan tai yskän takia. (Wathen 2007.)

Moniammatillisen yhteistyön terveydenhoitajat kokivat tärkeäksi apuvälineeksi työssään. Tärkeimpinä yhteistyökumppaneina pidettiin sosiaalityöntekijöitä, mahdollisuuksien mukaan pakolaishoitajia sekä lääkäreitä. Muiden työntekijöiden tuki koettiin tärkeäksi. Kiire aiheutti tälläkin osa-alueella ongelmia eikä aikaa muiden työntekijöiden kanssa yhteiseen pohtimiseen juurikaan ollut. Terveydenhoitajat kaipasivat ulkopuolista työnohjausta, sillä he kokivat välillä vaikeaksi hahmottaa omaa osuuttaan maahanmuuttajaperheen auttamisessa moniammatillisessa yhteistyössä. (Pursiainen 2001.)

Työn maahanmuuttajaperheiden parissa terveydenhoitajat kokivat haasteelliseksi, pal-kitsevaksi ja ajoittain raskaaksikin. Työtä pidettiin vaativana ja uuden tiedon hankkimis-ta raskaana. Asiakkaina oli useista eri kulttuureista tulleita asiakkaita ja jokaisella asi-akkaalla oli omat yksilölliset ongelmat, ei pelkästään kulttuuriin liittyviä asioita ja on-gelmia. Työ erilaisten ihmisten parissa koettiin useimmiten monimuotoisena ja rikkaa-na. (Pursiainen 2001.) Terveystenhoitajat kertoivat vapaa-aikansa etsineen lisätietoa vieraista kulttuureista ja perinteisistä toimintavoista (Silvennoinen 2000). Osa hoitajista oli myös kiinnostunut opiskelemaan somaliankieltä (Heiäng ym. 2001).

TAULUKKO 18. Aineiston kategorioiden muodostaminen liittyen hoitohenkilökunnan mielipiteisiin kulttuurisesta hoitotyöstä analyysiaineiston valossa, n = 9.

Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääluokka
-Työn rikkaus -Erilaisuuden hyväksyminen -Halu hoitaa kulttuurinmukaisesti -Kulttuuristen tapojen kunnioittami-nen -Moniammatillinen yhteistyö	Myönteiset asiat	Hoitohenkilökunnan mielipiteitä kulttuurisesta hoitotyöstä
-Työn raskaus -Työn vaativuus	Kielteiset asiat	
-Koulutus -Kielitaito	Kehittämistavoitteet	

8 LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN POHDINTAA

Hoitotieteellisen tutkimuksen keskeinen kysymys on luotettavuus. Jotta hoitotiede voisi kehittyä, on kvalitatiivisessa tutkimuksessa tehtävien ratkaisujen oltava luotettavia. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella toisaalta mittaamisen ja aineiston keruun suhteen, toisaalta tulosten luotettavuutena. (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1997: 206.) Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voi horjuttaa alkuperäistutkimusten vaihteleva laatu. Alkuperäistutkimusten valinnalle asetetut sisäänottokriteerit voivat suunnata tuloksia. Virheitä voi tapahtua missä kirjallisuuskatsausprosessin vaiheessa tahansa. (Kääriäinen - Lahtinen 2005: 43.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus liittyy aina aineiston hankintaan sekä aineiston analysointiin ja

raportointiin (Salanterä - Hupli 2003: 26-27). Sisällönanalyysin luotettavuutta arvioitaessa esille tulevat luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin sekä tulosten esittämiseen (Janhonen - Nikkonen 2003: 36-37).

Opinnäytetyö tehtiin soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Työn luotettavuutta lisäävät määritellyt valintakriteerit, valitun aineiston esittely sekä induktiivisen sisällönanalyysin käyttö ja sen esittely. Olemme pyrkineet kuvaamaan tiedonhaun etenemisen ja lähteiden valitsemisen mahdollisimman tarkasti, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida sen luotettavuutta ja että prosessi olisi kenen tahansa toistettavissa. Työssä edettiin opinnäytetyön prosessin mukaisesti.

Jo tutkimusaiheen valintaa voidaan pitää eettisenä ratkaisuna. On tärkeää vastata kysymyksiin, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään jo tutkimuskohdetta tai -ongelmaa valittaessa. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 1997: 26.)

Tutkimustyössä tulee välttää epärehellisyyttä kaikissa tutkimuksen osavaiheissa. Nämä periaatteet on otettava huomioon kaikissa tieteellisissä toimissa. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 1997: 29.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty ottamaan huomioon nämä periaatteet siten, että kaikissa lainatuissa teksteissä on ilmaistu tekstin alkuperäinen kirjoittaja, tutkimustulokset on pyritty raportoimaan tarkasti ja käytetyt menetelmät on pyritty selostamaan huolellisesti.

Tutkimusten tulosten julkaisemisen yleisenä periaatteena on, että tutkija raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti. Puhuttaessa tutkimusetiikasta voidaan todeta, että eettisyyttä tutkimuksessa on tutkijan itsensä kehittäminen sekä tutkimustehtävien ja -menetelmien oikea valinta. Tutkijan on hyvä hakea neuvoja ja apua kun hänellä ei ole tietoa kuinka toimia esimerkiksi jonkin tietyn asian suhteen. Työtovereiden ja kollegoiden kanssa keskustelu on hedelmällistä. Myös kritiikille alttiiksi asettuminen kannattaa. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa eettisyyttä on myös se, että seuraa jatkuvasti omaa alaa ja toimii yhteistyössä muiden tutkijoiden kanssa. (Vehviläinen-Julkunen 1997: 31-32.)

Tässä opinnäytetyössä tulokset on pyritty raportoimaan avoimesti ja rehellisesti. Tekijät ovat seuranneet aktiivisesti mediassa käytävää keskustelua opinnäytetyön aiheeseen liittyen ja pyrkineet keskusteluun kollegoiden kanssa, samalla antautuen kriittisen arvioinnin kohteeksi. Tarvittaessa tekijät ovat hakeneet neuvoja ja ohjausta informaatikoilta, äidinkielenopettajilta ja opinnäytetyönohjaajilta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että tekijöitä on kaksi, joka on mahdollistanut keskustelun, pohdinnan ja kritiikin sekä eri tutkimusten ristiinlukemisen hyödyntämisen työn puitteissa.

9 YHTEENVETO JA POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Kaikkien lähdeaineistoon valittujen maahanmuuttajista kuin hoitohenkilökunnasta tehtyjen tutkimusten pohjalta nousivat esille kieli- ja kommunikaatiovaikeudet eräänä terveydenhuollon palveluiden keskeisimpänä haasteena. Nämä haasteet olivat hyvin moninaisia ja olivat niin maahanmuuttaja- kuin myös hoitohenkilölähtöisiä. Joissakin tapauksissa kieliongelmat olivat johtuneet tulkista, jonka käyttöön suhtauduttiin maahanmuuttajien keskuudessa ristiriitaisesti. Tutkimusten pohjalta esille nousi havainto, jonka mukaan ainoa tulkkipalveluita kannattava ja ne positiivisena kokeva ryhmä oli virolaiset ja venäläiset maahanmuuttajanuoret. Kahdessa maahanmuuttajista tehdyssä tutkimuksessa selkeiksi suomen kielen oppimisen ja tiedonsaannin esteiksi koettiin kontaktien ja vuorovaikutuksen vähäisyys valtaväestön kanssa, kieli vaikeaksi oppia sekä maahanmuuttajien ja turvapaikanhakijoiden eristäytyneisyys valtaväestöstä.

Hoitohenkilökunnasta tehtyjen tutkimusten pohjalta havaitsimme kieliongelmien tuottavan eniten pulmatilanteita hoitotilanteissa. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunnan ja maahanmuuttajien välillä esiintyi molemminpuolista ymmärtämisvaikeutta vuorovaikutuksen osalta. Puutteellisen kulttuurisen kohtaamisen ja asiakkaan huomioimisen syiksi nousivat myös kiire ja ajanpuute. Jatkuva kiire vaikutti siihen, ettei hoitohenkilökunnalla ollut mahdollisuutta ottaa riittävän hyvin

huomioon asiakkaan kulttuurista taustaa tai vastata maahanmuuttaja-asiakkaiden tarpeisiin.

Hoitohenkilökunta turvautui tulkkien apuun kun yhteistä kieltä ei ollut. Tulkkien käytön suhteen hoitohenkilökunta koki ongelmalliseksi tulkkien saamisen ja mahdollisuuden saada naistulkki. Hoitajille jäi usein epävarma olo, välittyivätkö heidän antamansa tiedot ja ohjeet niin kuin he ne kertoivat ja toisaalta taas, välittyivätkö maahanmuuttaja-asiakkaiden tunteet ja tuntemukset hoitohenkilökunnalle tulkkien välityksellä. Hoitohenkilökunta joutui tarvittaessa käyttämään myös perheenjäseniä tulkkeina, joka koettiin hankalaksi ja epävarmaksi informaation välityskeinoksi.

Kieli- ja kommunikaatiovaikeudet linkittyivät yhteen tiedon ja ohjauksen saannin ja niiden ymmärtämisen kanssa. Maahanmuuttajien tietoinen päätöksenteko osoittautui hankalaksi ja mahdottomaksi kieltä ymmärtämättömänä. Maahanmuuttajat kokivat, etteivät he tienneet oikeuksistaan ja suomalaisesta terveydenhuollon käytännöistä. Hoitohenkilökunnan koettiin antavan liian vähän informaatiota muun muassa terveydestä, sairaudesta ja niiden hoitamisesta. Lisäksi hoitohenkilökunnan koettiin olevan myös haluttomia puhumaan englantia. Maahanmuuttajat kokivat, että tiedonsiirtämisen vastuu ja sen ymmärtämisen varmistaminen oli hoitohenkilökunnan vastuualuetta.

Maahanmuuttajien oikeuksia puoltaa *laki potilaan asemasta ja oikeuksista* (17.8.1992/785). Peilatussamme tutkimustuloksia tähän lakiin havaitsimme, etteivät lain määrittämät oikeudet toteudu aina maahanmuuttajien kohdalla. Kuten maahanmuuttajat itse toivat esille tarpeensa ja tietämättömyytensä oikeuksistaan ja puutteellisesta tiedonsaannistaan muun muassa terveydenhoitamisen suhteen, olisi tekijöiden mielestä aiheellista lisätä tiedotusta maahanmuuttajien laillisista oikeuksista niin maahanmuuttajien kuin terveydenhuollon henkilökunnankin keskuudessa.

Maahanmuuttajat eivät kuvanneet tutkimuksissa kohdanneensa suoranaista rasismia, mutta diskriminaation merkkejä nähtiin olevan aina terveydenhuollon piirissä, vaikkei niitä selvästi pystyttäisi osoittamaan. Diskriminaation merkeiksi luettiin muun muassa ilman asiakkaan tietoisuutta suoritettavat toimenpiteet, tiedon salaaminen,

hoitohenkilökunnan luottamuksen vähäisyys maahanmuuttajia kohtaan, ”nimittely”, puutteellinen kommunikaatio ja kärsimättömyys. Myös stereotyyppisiä asenteita oli havaittavissa hoitohenkilökunnan taholta varsin runsaasti. Hoitoonpääsyyn koettiin vaikuttavan useamman seikan, kuten ihonvärin, puolison olemuksen, maahanmuuttaja- ja turvapaikanhakijastatuksen sekä iän. Lapsia hoidettiin paremmin kuin aikuisia, mikä nähtiin kuitenkin positiivisena. Toisessa ääripäässä olivat taas muun muassa iäkkäät somalialaisvanhukset, joiden hoidon saanti koettiin erittäin puutteelliseksi.

Suhtautuminen maahanmuuttajiin riippui hyvin paljon hoitajan omasta asenteesta sekä hänen luonteenpiirteistään. Etnosentrisiä asenteita ilmeni hoitohenkilökunnan keskuudessa jonkin verran, jonka vuoksi asennemuutokseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tutkimusten pohjalta voidaan havaita, ettei hoitohenkilökunta kykene aina tunnistamaan omia kulttuurisia asenteitaan. Henkilökunnan tunnistessa asenteensa, he pystyvät myös muuttamaan niitä ja suhtautumistaan näin ollen maahanmuuttajiin positiivisemmin.

Leiningerin (1991) kulttuurinmukaisen hoidon teoria esittää, että eri kulttuureista tulevat ihmiset pystyvät enimmäkseen itse määrittelemään minkälaista hoitoa he tarvitsevat alan ammattilaisilta. Teorian mukaan hoitajien mahdollinen kulttuurisokeus, kulttuurisokki, kulttuuri-imperialismi ja etnosentrismi voivat heikentää potilaan saamaa hoitoa. (Kivinen 2005: 9 mukaan.) Teoriaa voi tekijöiden mielestä peilata hyvin myös tutkimusaineistoomme, sillä tuloksemme linkittyvät pitkälti yhteen kulttuurinmukaisen teorian mallin kanssa. Kuten tutkimusaineistossamme tuli ilmi, moni maahanmuuttaja oli kokenut, ettei heitä ja heidän vaivojaan otettu vakavasti ja että terveydenhuollon ammattilaiset eivät luottaneet heihin. Myös etnosentrisiä asenteita ilmeni hoitohenkilökunnan taholta. Voisiko hoitohenkilökunnan luottamus vieraasta kulttuurista tulevaan asiakkaaseen ja omien stereotyyppisten asenteiden tiedostaminen olla jo pieni alku maahanmuuttaja-asiakkaiden paremmalle hoidolle?

Tyytymättömyyttä maahanmuuttajissa herättivät terveydenhuollon palvelut ja turvapaikanhakijoissa vastaavasti vastaanottokeskuksen klinikka. Niin maahanmuuttajat kuin turvapaikanhakijat kritisoivat hoitohenkilökuntaa ja heidän asenteitaan. Yleistä asennemuutosta kaivattiin. Hoitohenkilökuntaa pidettiin muun muassa etäisinä ja

välinpitämättöminä. Problematiikan ei koettu pohjautuneen ainoastaan kulttuurisidonnaisiin ongelmakohtiin, vaan myös ajanpuutteesta ja pitkistä jonoista valitettiin. Vastaanottokeskuksen toimintaa kritisoineet turvapaikanhakijat toivat esille paljon epäkohtia. Muutosta haluttiin moneen asiaan, mutta useat maahanmuuttajat ja turvapaikanhakijat uskoivat olevansa voimattomia vaikuttamaan niihin.

Laki Suomen hallitusmuodon muuttamisesta (17.7.1995/969) turvaa jokaiselle, myös Suomessa asuvalle ulkomaan kansalaiselle oikeuden muun muassa riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Tutkimuskirjallisuuden pohjalta nousseiden havaintojemme mukaan maahanmuuttajat toivat esille paljon epäkohtia liittyen terveydenhuollon palveluihin, kuten olemme aiemmin tuoneet esille. Tähän vaikuttaa tekijöiden mielestä luultavasti osittain se, että tutkimusaineistomme kohderyhmät tulivat monista eri maista ja erilaisista olosuhteista sekä se, että heidän aikaisemmat kokemuksensa ja tutut terveydenhuollon palvelukäytännöt eroavat hyvin paljon omastamme, suomalaisesta terveydenhuollon järjestelmästä. Pohdimme työtä tehdessämme, riittävätkö tarjoamamme nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kattamaan maahanmuuttajien tarpeet.

Tyytyväisiä maahanmuuttajat kuin turvapaikanhakijat olivat kaiken kaikkiaan äitiys-, lasten- ja perhesuunnitteluneuvolapalveluihin. Myös hammaslääkäri-, apteekki-, laboratorio- ja kuvantamispalvelut saivat myönteistä palautetta. Neuvolajärjestelmää arvostettiin paljon ja sieltä koettiin saatavan niin tukea kuin rohkaisua, valmistelua tulevaan sekä hyvää kohtelua. Sairaalamailmassa maahanmuuttajat kokivat etenkin korkean teknologian tason, vakavien sairauksien hoidon, kirjaamisen ja sairaskertomusten ylläpidon hyvinä asioina. Huomionarvoisena voidaan pitää havaintoa siitä, ettei sairaalan henkilökunta saanut siinä määrin kiitosta kuin mitä sairaalamailman laitteet ja teknologia. Sairaalaan kuten myös vastaanottokeskuksen klinikkaa arvosteltiin paljon. Ainoastaan turvapaikanhakijat kehuivat sairaalan hoitohenkilökuntaa, jonka he kokivat verraten ystävällisemmäksi ja yhteistyöhalukkaammaksi vastaanottokeskuksen klinikan henkilökuntaan verrattuna.

Tutkimusten pohjalta voidaan havaita terveydenhuollon henkilöstöllä olevan hyvin erilaisia kokemuksia kulttuurisesta hoitotyöstä ja kulttuurisesta kohtaamisesta. Osa

hoitohenkilökunnasta oli saanut kulttuurisen hoitotyön koulutusta, osa ei. Hoitohenkilökunnan kokemukset maahanmuuttaja-asiakkaista olivat pääosin positiivisia, ja hoitohenkilökunta oli kiinnostunut kehittämään omaa kulttuurista kompetenssiaan. Terveystieteiden henkilökunnasta osa koki omat kulttuuriset taitonsa ja tietonsa riittäväksi, osa taas ei. Mielenkiintoisena havaintona ilmeni se, että vanhemmat hoitajat kokivat omat kulttuuriset taitonsa heikommiksi kuin nuoremmat hoitajat. Kokemus maahanmuuttajatyöstä vaikutti myös kulttuuriseen kompetenssiin; mitä enemmän hoitohenkilökunta maahanmuuttajia työssään kohtasi, sitä helpompaa oli heidän kohtaamisensa.

Maahanmuuttajat toivoivat muutoksia hoitohenkilökunnan asenteisiin ja ominaisuuksiin sekä lisää koulutusta niin hoitohenkilökunnalle kuin tulkeille. Myös niin sanottujen yhteistyöntekijöiden koulutusta kannatettiin ja ulkomaalaistaustaisten henkilöiden koulutusta sosiaali- ja terveysaloille toivottiin. Turvapaikanhakijat toivoivat mahdollisuutta asioida samaa etnistä taustaa olevien ammattihenkilöiden kanssa. Kulttuurin huomioiminen koettiin erittäin merkittäväksi tekijäksi maahanmuuttajien keskuudessa, sillä se tuki heidän identiteettiään. Vieraassa maassa, kaukana omasta kulttuurista omat tavat ja traditiot korostuivat ja loivat turvaa ja yhtenäisyyttä niin maahanmuuttajien kuin turvapaikanhakijoiden keskuudessa.

Mielenkiintoisena havaintona havaitsimme, että virolaiset ja venäläiset maahanmuuttajanuoret olivat ainoa tutkimusaineiston maahanmuuttajaryhmä, joka pohti oliko kulttuurin huomioimisella hoitotyön kannalta lainkaan merkitystä. Aineiston pohjalta teimme havainnon siitä, että mitä nuorempi maahanmuuttaja oli kyseessä, sen paremmin he sulautuivat valtaväestöön ja sen tapoihin ja sitä joustavampia olivat heidän kulttuuriset rajansa. Tutkimusten pohjalta havaitsimme kuitenkin, että jo yli kaksikymmentävuotiailla ja sitä vanhemmilla maahanmuuttajilla oli selvästi nähtävissä näkemys ja halu siitä, että kulttuuriset tekijät huomioidaan hoitotyössä.

Tutkimukset nostavat esille kulttuurisen koulutuksen tarpeellisuuden hoitotyöntekijöiden keskuudessa. Leiningerin teorian mukaan hoitajien yhtenä päämääränä on tietoisuus kulttuureista ja niiden ymmärtäminen oppimisen kautta. Hoitajan tavoitteena olisi tällöin tehdä kulttuurista se perusta, jonka avulla hän

muodostaa käsitteitä sekä suunnittelee ja toteuttaa hoitotyötä. (Leininger 2006: 10.) Tekijät pohtivat hoitohenkilökunnan kouluttamisen edistävän tämän päämäärän saavuttamista ja hoitotyön hyvää suunnittelua ja toteuttamista.

Koulutusta tarvittaisiin lisää ja siihen pitäisi panostaa jo niin koulutuksen aikana kuin myös työn ohella saatavaan lisäkoulutukseen. Yhtenäisten linjausten kartoittaminen ja luominen ja huolellinen opintosuunnitelmien rakentaminen ammattikoulutuksen sisällä olisi myös tärkeä kehittämisen kohde.

9.2 Opinnäytetyön prosessi ja tulosten hyödynnettävyys

Aloitimme opinnäytetyöprosessin palattuamme Afrikasta keväällä 2007. Etenimme prosessissa eteenpäin vaihe vaiheelta aina ideavaiheesta opinnäytetyön julkistamisvaiheeseen. Prosessin aikana kävimme ohjauksessa aina kun tarvitsimme ohjeita työn etenemisen suhteen. Lisäksi osallistuimme erilaisiin opinnäytetyötä tukeviin pajoihin. Opinnäytetyön teossa hankalin ja aikaa vievin vaihe oli lähdeaineiston hakuprosessi. Lisäksi tutkimusaineiston muutos kansainvälisestä kotimaiseksi toi muutoksia aikatauluihimme. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä oli tekijöille uusi, jonka vuoksi opinnäytetyön työstäminen oli aika ajoitin työlästä. Itsenäinen perehtyminen systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen ja induktiiviseen sisällönanalyysiin auttoi meitä pääsemään alkuun työnteossa. Aineiston valitsemisen ja tutkimusten saamisen jälkeen työ alkoi edetä jouhevammin.

Opinnäytetyö on ollut erittäin haastava ja antoisa prosessi. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli meille aluksi suuri haaste, mutta josta muotoutui loppujen lopuksi mahdollisuus monen oppimiseen. Olemme saaneet paljon kokemusta ja valmiuksia tiedonhakujen ja tutkimuksen tekemiseen. Haastavaa on myös ollut aikataulun mukaan eteneminen, sillä aika opinnäytetyön tekoon vaihtomme vuoksi on ollut hieman erilainen ja olemme joutuneet räätälöimään sitä opintojemme edetessä.

Perehtymällä maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kokemuksiin olemme saaneet paljon rikasta tietoa niin tutkimusryhmämme kokemuksista kuin myös erilaisista

kulttuurisista tavoista, traditioista ja uskomuksista. Tutkimuksiin perehtyminen on ollut erittäin antoisaa ja mielenkiintoista ja antanut meille valmiuksia kohtaamaan maahanmuuttaja-asiakas. Työn ohella olemme prosessoineet ja kyseenalaistaneet myös omia ennakkosenteitämme ja odotuksiamme. Työ on herättänyt paljon tunteita ja ajatuksia maahanmuuttajien asemasta ja oikeuksista.

Opinnäytetyössä esille tulleita asioita tulisi tekijöiden mielestä hyödyntää paremmin hoitotyössä niin hoitotyön kentillä kuin myös koulutuksessa. Maahanmuuttajien osuus väestössä on hyvin runsasta ja tulee jatkamaan kasvuaan myös tulevaisuudessa. Työperäinen maahanmuutto on yhä yleisempi ilmiö 2000-luvun Euroopassa ja kasvattaa huomattavasti maahanmuuttajien määrää myös Suomessa. Myös uutisoinnissa yhä useammin esille nousseet luonnonkatastrofit tulee huomioida maahanmuuttoa aiheuttavana negatiivisena tekijänä.

Kuten lukemissamme tutkimuksissa nousi esille tarve henkilökunnan lisäkoulutukseen maahanmuuttajatyön ja kulttuuritietämyksen näkökulmasta, koemme myös itse alan opiskelijoina tarvetta saada enemmän tietopohjaa kulttuurisesta hoitotyöstä ja vieraista kulttuureista opintojemme pohjaksi. Oma opetussuunnitelmamme vuodelta 2004 sisältää kaksi kurssia liittyen monikulttuuriseen hoitotyöhön. Perusopinnoissamme meillä on 1,5 opintopisteen Vieraat kulttuurit -kurssi ja suuntaavissa opinnoissa kulttuuri- ja ympäristölähtöinen terveydenhoitotyö -kurssi, 3,75 opintopistettä. (Helsingin ammattikorkeakoulun opinto-opas - sosiaali- ja terveysala 2004: 107, 116-117.) Mielestämme koulun tarjoama opetus aihealueesta on hyvin vähäistä, jonka vuoksi koulutukseen tulisikin ehdottomasti lisätä kulttuurisia opintoja ja harjoittelupaikkoja pakolais- ja maahanmuuttajakeskuksiin. Vuoden 2004 opinto-oppaassamme ei harjoittelujaksojen kohdalla erikseen mainita mahdollisuutta harjoittelun suorittamiseen maahanmuuttajayksiköissä. (Helsingin ammattikorkeakoulun opinto-opas - sosiaali- ja terveysala 2004: 110-117.) Huomion kohdistaminen näihin seikkoihin sekä opintokokonaisuuksien uudistaminen olisivat tekijöiden mielestä erittäin tärkeitä kehittämiskohteita.

Opinnäytetyömme aineisto koostuu neljästätoista tutkimuksesta, jonka tulokset olemme pyrkineet kokoamaan kattavasti yhteen. Lisäksi työ sisältää monista eri maista tulleiden maahanmuuttajien kuin myös monella eri hoitotyön sektorilla työskentelevien hoitajien

kokemuksia. Opinnäytetyön tuloksia voivat hyödyntää niin hoitotyön kentillä työskentelevät hoitajat, joille tutkimus antaa tiedon lisäksi mahdollisuuden muun muassa peilata omia asenteitaan. Tutkimuksesta ja sen tuloksista hyötyy myös yhtälailla hoitotyön opiskelijat ja opettajat kuin myös jokainen vieraista kulttuureista ja maahanmuuttajien parissa työskentelystä kiinnostunut. Toimeksiantaja saa kirjallisuuskatsauksen kautta ajankohtaista tietoa ja voi sen pohjalta muun muassa kehittää hoitotyön koulutusta monikulttuurisen työn osa-alueella. Työ antaa myös suuntaviivoja maahanmuuttajien preventiivisten palvelujen kehittämiseen.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla kansainvälisten ja kotimaisten tutkimusten laaja-alainen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kokoaminen maahanmuuttajaryhmistä ja hoitohenkilökunnasta, heidän asenteistaan ja kokemuksistaan ja tyytyväisyydestä terveydenhuollon palveluihin. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla laajempien, tutkimusten tekeminen maahanmuuttajaryhmistä, niin, että heistä saataisiin relevanttia tietoa hoitotyön osa-alueelta. Olisi hyvin merkityksellistä tarkastella eri maahanmuuttajayhteisöjä lähempää ja kuunnella mitä sanottavaa heillä on. Pidämme erityisen tärkeänä tutkia tässä valossa turvapaikanhakijoita, joita voidaan pitää ehkä herkimmin haavoittuvimmassa asemassa olevina. Tällä hetkellä ja hakujen kautta tullut aineisto sisältää pääosin yksittäisiä pienimuotoisia alkuperäistutkimuksia ja on näin ollen varsin homogeeninen.

LÄHTEET

Aikio, Annukka (toim.) 1997: Uusi sivistyssanakirja. Helsinki: Otava.

Alitolppa-Niitamo, Anne 1993: Kun kulttuurit kohtaavat. Helsinki: Otava.

European cooperation in the field of scientific and technical research - COST- 2006: Health and social care for migrants and ethnic minorities in Europe. Brussels.

Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062. Annettu Helsingissä 1.12.1989.

Ewles, Linda - Simnet, Ina 1994: Terveiden edistämisen opas. Helsinki: Otava.

Gissler, Mika - Malin, Maili - Matveinen, Petri - Sarvimäki, Matti - Kangasharju, Aki 2006: Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Pienten lasten hoito ja sosiaali- ja sosiaalihuollon avopalvelut. Työpoliittinen tutkimus. Helsinki. Työministeriö.

Helsingin ammattikorkeakoulu 2004: Opinto-opas sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki.

Helsingin seutu 2007: Maahanmuuttajat voimavarana pääkaupunkiseudulla neuvottelukunnan seminaari- ja kokousaiheena. Verkkodokumentti. <[http://www.helsinginseutu.fi/wps/portal/Helsingin Seutu?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/HS/Helsingin+Seutu/Yhteisty%C3%B6elimet/P%C3%A4%C3%A4kaupunkiseudun+neuvottelukunta/Muistiot+ja+tiedotteet/Tiedotteet+200307](http://www.helsinginseutu.fi/wps/portal/Helsingin+Seutu?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/HS/Helsingin+Seutu/Yhteisty%C3%B6+elimet/P%C3%A4%C3%A4kaupunkiseudun+neuvottelukunta/Muistiot+ja+tiedotteet/Tiedotteet+200307)>. Päivitetty 31.3.2007. Luettu 28.3.2007.

Helsingin ulkomaalaisväestö vuonna 2006. Helsingin kaupungin tietokeskus. Verkkodokumentti. <http://www.hel2.fi/Tietokeskus/julkaisut/pdf/07_01_29_peuranen_vj1.pdf>. Luettu 22.8.2007.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 1997: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Huominen, Petteri 2007: Helsinki tarvitsee maahanmuuttajia. 17.4. A 2.

Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja (toim.) 2003: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kansanterveyslaki 1972/66. Annettu Helsingissä 28.1.1972.

Kivinen, Pirkko 2005: Hoitotyön opiskelijoiden oppimiskokemuksia vaihto-opiskelun aikana. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Kääriäinen, Maria - Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1). 37-44.

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Annettu Helsingissä 17.8.1992.
- Laki Suomen hallitusmuodon muuttamisesta 1995/969. Annettu Helsingissä 17.7.1995.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Annettu Helsingissä 28.6.1994.
- Leininger, Madeleine M. 2006: Culture Care Diversity and Universality - A Worldwide Nursing Theory. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers.
- Leininger, Madeleine M. 1997: Transcultural Nursing as a Global Care Humanizer, Diversifier, and Unifier. *Hoitotiede* 9 (5). 219-225.
- Liebkind, Karmela (toim.) 1994: Maahanmuuttajat - kulttuurien kohtaaminen Suomessa. Helsinki: Gaudeamus.
- Lindfors, Pirjo 2006: Kivusta ja kulttuurista. *Kipuviesti. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti.* 3 (1). 12-13.
- Lokaali ja globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla. 2007. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Projektori. Verkkodokumentti. <http://projektori.stadia.fi/julkinen_projektien_kaikkihaku.asp?sivu=2>. Luettu 10.9.2007.
- Malin, Maili 2003: Maahanmuuttajien terveys Suomessa. Teoksessa Luoto, Riitta - Viisainen, Kirsi - Kulmala, Ilona (toim.): Sukupuoli ja terveys. Jyväskylä: Gummerus. 319-333.
- Mielenterveyslaki 1990/1116. Annettu Helsingissä 14.12.1990.
- Nurmi, Timo 1999: Suomen kielen sanakirja ulkomaalaisille. Helsinki: Gummerus.
- Pekkala, Eila 2001: Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Voutilainen, Päivi, - Leino-Kilpi, Helena - Mikkola, Taru - Peiponen, Arja (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2001 näyttöön perustuva hoitotyö.* Helsinki: Tammi. 58-67.
- Pohjanpalo, Olli 2007: Maahanmuuttoasioille oma ministeri. *Helsingin Sanomat* 17.4. A 5.
- Pohjanpää, Kirsti - Paananen, Seppo - Nieminen, Mauri 2003: Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten, vietnamilaisten elämää Suomessa. Helsinki: Edita.
- Pölkki, Minna 2007: Maahanmuuttaja ylläpitävät väestönkasvua kaupungeissa. *Helsingin Sanomat* 19.5. A4.
- Rahkama, Leena 1998: Ulkomaalaisasiakkaat neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa. Teoksessa Tuominen, Risto (toim.) *Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa.* Helsinki: WSOY. 113.
- Räty, Minttu 2002: Maahanmuuttaja asiakkaana. Helsinki: Tammi.

- Salanterä, Sanna - Hupli, Maija 2003: Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa Lauri, Sirkka (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY. 21-39.
- Soivio, Juha 1995: Kulttuuri, terveys ja terveydenhuolto. Teoksessa Viialainen, Riitta (toim.): Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana. Opas terveydenhuollossa työskenteleville. Stakes. Oppaita 28. 17.
- Ulkomaalaisväestön määrä Suomessa 1990-2006. Ulkomaalaisvirasto. Verkkodokumentti.<<http://www.uvi.fi/netcomm/content.asp?article=1945>>. Luettu 22.8.2007.
- Taavela, Raija 1999: Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos.
- Tartuntatautilaki 1986/583. Annettu Helsingissä 25.7.1986.
- Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2004: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tilastoja ja kaavioita maahanmuuttoasioista 31.12.2006. Työministeriö. Verkkodokumentti. <http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/04_maahanmuutto/08_maahanmuuttotilastot/kal_su.pdf>. Luettu 22.8.2007.
- Vainikainen, Tuula 2002: Monikulttuurista terveystieteellistä - kulttuurien kohtaamisessa auttaa kysyminen ja ymmärtäminen. Suomen lääkirilehti 41 (57). 12.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY. 26-34.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri - Paunonen, Marita 1997: Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY. 206-214.

TAULUKKO 1. Valittu lähdeaineisto

Tekijä	Vuosi	Julkaisu	Tutkimus
Adjekughele, Josephine	2002	Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, sosiaalipoliitiikan laitos	Afrikkalaisten äitien kokemuksia suomalaisessa äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmässä, laadullinen tutkimusraportti
Hagseresht, Arman	2002	Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, sosiaalipoliitiikan laitos	Iranilaiset turvapaikanhakijaperheet suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, laadullinen tutkimusraportti
Hassinen-Ali-Azzani, Tuulikki	2002	Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos	Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja: etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseen kulttuuriin siirtymävaiheessa, väitöskirja
Heiäng, Suvi - Karsikas, Sirpa - Lindström, Susanna	2001	Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma	Terveystieteiden käsityksiä valmiuksistaan kohdata raskaana oleva somalialainen nainen sekä hänen perheensä, opinnäytetyö
Huttunen, Raija	2006	Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos	Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi gynekologisessa näytteenotossa, pro gradu -tutkielma
Huumonen, Anne	2001	Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma	Maahanmuuttaja äitiyshuollon asiakkaina - kättilöiden kokemuksia maahanmuuttajaäitien ja perheiden kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta, opinnäytetyö
Idehen-Imarhiagbe, Esther	2006	Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos	Expectations and experiences of nursing care - a study of Nigerian communities in Helsinki region Finland, opinnäytetutkielma

Koskinen, Katja	2000	Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma	Peruskoulun 8. -luokkalaisten maahanmuuttajanuorten kokemuksia kouluterveydenhuollosta, opinnäytetyö
Kuusio, Hannamaria	2000	Helsingin yliopisto, humanistinen tiedekunta, uskontotieteen laitos	Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa - hoitohenkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajapotilaista, pro gradu -tutkielma
Pursiainen, Paula	2001	Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos	Terveydenhoitajan valmius hoitaa kulttuurinmukaisesti islamilaista maahanmuuttajaperhettä, pro gradu -tutkielma
Silvennoinen, Paula	2000	Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos	Kulttuurinmukainen tarpeenmäärittäminen äitiysneuvolassa, opinnäytetutkielma
Toukoma, Tiina	2001	Helsingin yliopisto, humanistinen tiedekunta, kulttuuriantropologian laitos	Venäjänkielisten maahanmuuttajien terveys- ja sairauskäsitykset sekä suhtautuminen suomalaiseen terveydenhuoltoon, pro gradu -tutkielma
Tuokko Tuula	2007	Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos	Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi, pro gradu -tutkielma
Wathen, Marja	2007	Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos	Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana, pro gradu -tutkielma